N° 53

LES

# KYSTES DU VAGIN

( Revue Générale )

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 3 Avril 1909**

PAR

Henri ROSTAGNI

Né à Drap (Alpes-Maritimes), le 9 Octobre 1882

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine**

MONTPELLIER

Société Anonyme de l'Imprimerie Générale du Midi

1909

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... Doyen
SARDA..... Assesseur

## PROFESSEURS

| | |
|---|---|
| Clinique médicale..... | MM. GRASSET (✻). Chargé de l'enseignement de pathol. et thérap. génér. |
| Clinique chirurgicale..... | TEDENAT (✻). |
| Thérapeutique et matière médicale..... | HAMELIN (✻). |
| Clinique médicale..... | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses..... | MAIRET (✻). |
| Physique médicale..... | IMBERT. |
| Botanique et Histoire naturelle médicale..... | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale..... | FORGUE (✻). |
| Clinique ophtalmologique..... | TRUC (✻). |
| Chimie médicale ..... | VILLE. |
| Physiologie..... | HEDON. |
| Histologie..... | VIALLETON. |
| Pathologie interne ..... | DUCAMP. |
| Anatomie..... | GILIS. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédique..... | ESTOR. |
| Microbiologie..... | RODET. |
| Médecine légale et Toxicologie..... | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants..... | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique..... | BOSC. |
| Hygiène ..... | BERTIN-SANS H. |
| Pathologie et thérapeutique générales..... | RAUZIER. Chargé de l'enseignement la clinique médicale. |
| Clinique obstétricale..... | VALLOIS. |

*Professeurs adjoints* : M. De ROUVILLE, PUECH, MOURET
*Doyen honoraire* : M. VIALLETON.
*Professeurs honoraires* : M. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
*Secrétaire honoraire* : M. H. GOT

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

| | |
|---|---|
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.... | MM. VEDEL agrégé. |
| Clinique annexe des maladies des vieillards .... | VIRES, agrégé. |
| Pathologie externe..... | LAPEYRE, agrégé libre. |
| Clinique gynécologique ..... | De ROUVILLE, prof. adj. |
| Accouchements..... | PUECH, prof. adj. |
| Clinique des maladies des voies urinaires ..... | JEANBRAU, agrégé. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... | MOURET, prof. adj. |
| Médecine opératoire.. ..... | SOUBEYRAN, agrégé. |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| | | |
|---|---|---|
| MM. GALAVIELLE | MM. SOUBEYRAN | MM. LEENHARDT. |
| VIRES. | GUÉRIN | GAUSSEL. |
| VEDEL. | GAGNIÈRE. | RICHE. |
| JEANBRAU. | GRYNFELTT Ed. | CABANNES |
| POUJOL. | LAGRIFFOUL. | DERRIEN. |

M. IZARD, *Secrétaire.*

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

| | |
|---|---|
| MM. De ROUVILLE, *président.* | MM. SOUBEYRAN, *agrégé* |
| TÉDENAT, *professeur.* | RICHE, *agrégé.* |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AUX MIENS

*Faible témoignage de gratitude*
*et d'affection.*

A MES AMIS

# A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MARSEILLE

ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

## MONSIEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

H. ROSTAGNI.

# LES KYSTES DU VAGIN

(REVUE GÉNÉRALE)

## INTRODUCTION

Les kystes du vagin sont des tumeurs assez rares, bien que chaque année la littérature médicale s'enrichisse de quelques nouveaux cas, comme il est facile de s'en assurer en parcourant les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*. Mais beaucoup moins nombreuses encore sont les observations de kystes vaginaux, accompagnées d'un examen détaillé soit du liquide, soit de la paroi qui le contient. Déjà Poupinel, dans son mémoire paru en 1889, faisait remarquer « l'insuffisance » de beaucoup d'observations publiées; sur plus de 250 cas, il n'en avait trouvé que 52 avec un examen histologique des parois kystiques. C'est ce qui explique en partie le nombre considérable d'hypothèses que les auteurs ont émises pour expliquer la formation de ces tumeurs. Monsieur le Professeur de Rouville, à qui nous devons l'idée de ce travail, a eu la bonne fortune d'observer l'année dernière un kyste de la paroi antérieure du vagin, dont il put faire pratiquer l'examen anatomo-pathologique de la paroi et l'examen chimique du

contenu. Ce fut le sujet d'une de ses leçons cliniques, qui parut d'ailleurs dans le *Montpellier Médical* de 1908.

Partant de cette observation, si intéressante à cause même de l'abondance des renseignements qu'elle apporte, nous avons essayé de faire une Revue Générale de la question des kystes du vagin. « On a beaucoup écrit sur ces kystes; tout a été dit sur leurs symptômes, leur diagnostic, leur traitement; mais il reste encore beaucoup à dire sur leur pathogénie » (de Rouville). Nombreuses, en effet, sont les difficultés que soulève encore à l'heure actuelle cette pathogénie. Grâce aux lumières apportées par les études anatomo-pathologiques et embryogéniques de la fin du siècle dernier, on commence à entrevoir la solution de ce problème. Nous nous attacherons surtout, dans ce travail, à exposer le plus simplement et le plus clairement possible les différentes théories proposées. Loin d'être exclusif, comme Nouvel par exemple, nous prendrons à chaque théorie ce qu'elle a de vrai, de conforme aux faits signalés : en un mot, nous serons éclectique.

Nous l'avons été aussi pour le choix des observations que l'on trouvera à la fin de notre thèse. A côté de l'observation de M. le Professeur de Rouville, nous en rapportons neuf autres qui nous ont paru intéressantes parce qu'elles sont complètes en général et viennent en même temps nous fournir un précieux appui pour la discussion des différentes théories pathogéniques.

Enfin nous avons tâché de faire une bibliographie très complète, nous aidant beaucoup pour cela du travail de M. Gaullieur l'Hardy. Malheureusement nous n'avons pu parcourir tous les ouvrages que nous signalons : le temps et les traducteurs nous ont manqué. Nous regrettons, en particulier de n'avoir pu lire le mémoire de Pick, qui apporte, comme le signale M. Fredet, une observation de kyste du

vagin développé aux dépens des canalicules du corps de Wolff.

Notre travail est ainsi divisé :

Chapitre I. — *Définition. Limitation du sujet.*
Chapitre II. — *Historique.*
Chapitre III. — *Etiologie et Pathogénie.*
Chapitre IV. — *Anatomie pathologique.*
Chapitre V. — *Etude clinique.*
Chapitre VI. — *Diagnostic.*
Chapitre VII. — *Traitement.*
Chapitre VIII. — *Observations.*
*Conclusions.*
*Bibliographie.*

Nous remercions ici bien sincèrement M. le Professeur de Rouville qui nous a donné, avec le sujet de ce travail, les renseignements les plus utiles pour sa rédaction, et qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

# CHAPITRE PREMIER

## DÉFINITION. — LIMITATION DU SUJET

Les kystes du vagin sont des tumeurs liquides. Ils constituent, dit M. Pozzi, « une lésion qui occasionne des désordres sérieux et qui réclame une intervention active, lésion représentée par des kystes à paroi bien définie, à poches peu nombreuses dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'un œuf ou au-dessus, et qui ont une tendance à augmenter de volume quand le chirurgien n'intervient pas ».

Nous éliminons ainsi, après Poupinel, Pozzi, Marion, Gaullieur l'Hardy, et tous les auteurs aujourd'hui, « une lésion chronique, stationnaire, intéressante au point de vue anatomique, sans importance chirurgicale, caractérisée par de petites vésicules dont le volume n'excède pas généralement celui d'un grain de millet ou de chénevis, très nombreuses et disséminées sur toute l'étendue du vagin. Ce n'est qu'une variété de vaginite chronique, une colpohyperplasie kystique, selon la dénomination que lui a donnée Winckel ». Cette affection, encore mal connue, diffère essentiellement des kystes du vagin proprement dits, les seuls que nous étudierons, dont elle avait été artificiellement rapprochée.

Il est plus difficile de préciser le terme de kyste du vagin. Pour Poupinel, Marion, Christiaen, il faut entendre sous ce nom tous « les kystes développés aux dépens de la mu-

queuse et de la couche musculo-fibreuse de ce conduit, à l'exclusion des kystes périvaginaux qui peuvent venir y faire saillie ». Mais nous préférons nous rallier à l'opinion de Fredet, qui s'accorde à considérer avec les pathologistes, comme « kyste du vagin toute tumeur kystique développée dans la cavité vaginale et recouverte par sa muqueuse ». Ce qui n'implique pas « qu'un tel produit soit compris dans la paroi vaginale et provienne de ses éléments ». « Nous conserverons donc au terme kyste du vagin son sens le plus étendu, en lui attribuant par conséquent et surtout une valeur topographique ».

Enfin, dans cette étude, nous envisagerons également les kystes développés aux dépens de l'hymen, qui sont analogues aux kystes vaginaux proprement dits; car l'hymen, ainsi que l'a démontré Budin, doit être considéré comme l'extrémité inférieure du vagin au point de vue de sa structure et de son développement (Marion).

# CHAPITRE II

## HISTORIQUE

Très nombreux sont les auteurs qui se sont occupés des kystes du vagin, depuis Morgagni et Haller qui, suivant certains, en auraient parlé les premiers. En 1831, Oakley Henning publie une observation de kyste du vagin, dont il fait une affection d'origine glandulaire. C'est la même opinion qui se dégage du travail d'ensemble de Huguier. Ce mémoire, paru en 1847, réunit des cas personnels et d'autres observations éparses auparavant. Les kystes sont divisés en superficiels et profonds, naissant tous aux dépens de glandes contenues soit dans la muqueuse, soit dans la couche cellulo-musculaire du vagin. Cette théorie allait régner longtemps en maîtresse.

En 1858, Ladreit de la Charrière et Verneuil regardent les kystes profonds comme les analogues des bourses séreuses accidentelles.

Dès 1867, apparaît la théorie embryonnaire qui, peu à peu, va supplanter la théorie classique de l'origine glandulaire. C'est Veit qui, le premier, admet que certains kystes du vagin dérivent des débris des canaux de Gartner.

Von Winckel, en 1871, pense que l'origine de ces kystes ne peut être unique.

En 1873, Kaltenbach émet une nouvelle hypothèse; pour

lui,les kystes proviennent d'accumulations cellulaires dans le tissu conjonctif périvaginal. Von Preuschen (1874) reprend la théorie glandulaire et tente d'expliquer les différences signalées dans l'épithélium de revêtement par la diversité du siège des kystes, qui peuvent naître soit aux dépens des acini, soit aux dépens du canal excréteur.

En 1878, Eustache réfute cette théorie glandulaire en démontrant que le vagin ne contient pas de glandes. Ce ne sont que des tumeurs de nature irritative, des hygromas. L'année suivante, Froment émet une autre hypothèse : il y a accolement et fermeture des replis de la muqueuse vaginale.

En 1881, Watts regarde certains kystes du vagin comme pouvant dériver des vestiges des canaux de Gartner. La même année, Collardot pense plutôt à des bourses séreuses accidentelles.

Max Græfe (1882), de Sinéty (1884), admettent comme possibles plusieurs des théories émises.

Tillaux, Thalinger (1885), reprennent la théorie de l'hygroma.

En 1889, paraît le travail de Poupinel dans la *Revue de chirurgie*. Ce mémoire important résume l'état de la question à cette époque. Poupinel admet diverses origines possibles pour les kystes du vagin : bourses séreuses, glandes vaginales, vestiges des organes de la vie fœtale. Combes soûtient l'idée que tous les kystes sont congénitaux (1889). Villebrun (Montpellier, 1889) décrit trois ordres de kystes, d'origine glandulaire, irritative ou gartnérienne. Pour Santoni (1890), il y a deux groupes de kystes, les kystes d'origine embryonnaire et les kystes d'origine irritative.

Neugebauer (1897) peut publier 50 cas personnels, dont la majorité sont d'origine wolffienne, quelques-uns cependant nés dans les tubes de Skene.

Davidsohn (en 1900) admet les kystes d'origine glandulaire.

Castaing et Dieulafé (1902) ne retiennent que les deux théories glandulaire et surtout embryonnaire. C'est également l'avis de Marion, qui fit paraître une Revue générale sur les kystes du vagin dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1902.

En 1904, M. Fredet consacre un long article à l'origine des kystes du vagin. Il attire l'attention sur les travaux de Tourneux et Legay (1884), de Tourneux (1892) relatifs au développement des organes génito-urinaires chez l'homme. M. Fredet parle encore des travaux allemands de Dohrn et Rieder (1884), Nagel (1891), Kossmann (1894), Klein (1896). Et à côté des kystes d'origine wolffienne, mullérienne et glandulaire, M. Fredet admet des kystes qui dérivent du cul-de-sac de Douglas embryonnaire.

De plus en plus, la théorie embryonnaire est adoptée par les différents auteurs, alors que la théorie glandulaire n'est plus maintenue que pour les kystes du vagin développés aux dépens des glandes cervico-utérines, vulvo-vaginales et urétrales aberrantes (Christiaen). Cette théorie des vestiges embryonnaires est la seule prouvée et hors de doute (G. Lerda et Gaullieur l'Hardy) (1906). G. Lerda a publié une intéressante observation que nous avons reproduite (obs. IV), ayant rapport à un kyste d'origine mullérienne, développé aux dépens de restes embryonnaires détachés de la face antérieure du *sinus genitalis*.

# CHAPITRE III

## ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Les kystes du vagin sont peu *fréquents* si on les compare aux autres affections des organes génitaux de la femme. Gurlt, cité par Bonnet et Petit, trouve seulement 3 cas de kystes parmi 11.140 femmes porteuses de tumeurs génitales. Neugebauer a une statistique exceptionnelle de 2 cas sur 100 femmes examinées.

Ces tumeurs s'observent à tout *âge* : chez les nouveau-nés (observation VI, Lannelongue et Achard où le kyste fut remarqué 2 ou 3 jours après la naissance), chez les enfants, plus souvent chez les adultes jusqu'à la vieillesse (soixante-cinq ans, Næggerath).

On a voulu faire jouer un rôle au *coït*, à la *grossesse* et aux *accouchements* dans le développement des kystes du vagin. Si nous nous rapportons à la statistique de Poupinel qui comprend 141 cas, nous trouvons : 8 vierges, dont 5 enfants; 8 femmes publiques et 125 femmes mariées ou déflorées, ou chez lesquelles l'état de l'hymen n'est pas mentionné. Courty, Tillaux et Thalinger avaient insisté beaucoup sur les excès de coït.

M. Pozzi pense que la grossesse doit agir par la suractivité nutritive qu'elle imprime à tout l'appareil génital. Il est plus probable, comme le fait remarquer M. de Rouville,

qu'elle agit moins peut-être sur l'apparition même du kyste que sur l'accroissement de volume d'un kyste préexistant, mais resté jusque-là de dimensions minimes et partant méconnu.

Dans la statistique de Poupinel, sur 69 malades dont on a des renseignements sur les accouchements antérieurs, 23 sont stériles et 46 ont accouché une ou plusieurs fois. Or parmi ces dernières, les primipares et les secondipares ont plus souvent des kystes que celles qui ont accouché 4, 5, 8, 9 fois.

Nous pouvons donc conclure que le coït, la grossesse et l'accouchement n'ont qu'un rôle très accessoire dans le développement des kystes du vagin.

Il en est de même des inflammations du vagin, des traumatismes qui ne sont que des causes révélatrices et jamais efficientes.

La *pathogénie*, qui constitue la question la plus intéressante des kystes du vagin, est aussi la plus compliquée. Grâce aux travaux des anatomistes et des embryologistes, elle est arrivée cependant à se simplifier beaucoup. Nous allons citer toutes les théories émises jusqu'à aujourd'hui; puis, après en avoir éliminé la grande majorité, nous discuterons les principales, à savoir les théories glandulaire, péritonéale et congénitale.

Castaing et Dieulafé résument ainsi les diverses opinions :

« 1° *Origine glandulaire* (Oakley Henning, Huguier, Virchow, Guérin, Von Preuschen, Davidsohn); 2° *Hygroma ou bourse séreuse* (Verneuil, Ladreit de la Charrière, Eustache, Tillaux, Dresch, Thalinger, Courty, Boursier); 3° *Origine gartnérienne* (Veit, Combe, Nouvel, Brodier, Neugebauer, Picqué, Pincus, Feurtet); 4° *Origine mullé-*

*rienne* (Freund, Græfe, Kleinwachter, Pozzi, Kümmel); 5° *Thrombus puerpéral* (Gotthard, Tillaux, Thalinger); 6° *Accumulation cellulaire dans le tissu conjonctif* (Kaltenbach); 7° *Dilatation de lacunes de Morgagni* (Kolaczeck, Pincus); 8° *Dilatation des vaisseaux lymphatiques* (Klebs, Klob, Hunt, Wilhem, Jakesch); 9° *Kyste dermoïde* (Villar, Nouvel, Moynihan); 10° *Accolement des replis de la muqueuse* (Froment); 11° *Dilatation vasculaire* (Jacobs); 12° *Formation dans des tubes de Skene* (Neugebauer, Pincus); 13° *Adénomes kystiques comparables aux kystes de l'ovaire* (Geyl, Tailhefer); 14° *Kyste hydatique* (Maygrier, Davidsohn); » 15° *Origine péritonéale* (théorie de Fredet) et 16° *Inclusion traumatique* (Bonnet, Petit, Cullen).

Or toutes ces théories peuvent être divisées en 3 groupes pour faciliter la discussion : a) *théories à rejeter ;* b) *théories exceptionnelles ;* c) *théories à adopter.*

*a*) Théories a rejeter. — 1° *Théorie de Froment ou accolement des replis de la muqueuse.* Cette théorie est rejetée par Breisky, Kümmel, Poupinel, Nouvel, Dresch, Christiaen. Il s'agit là d'une pure hypothèse : car Froment n'a, pour la soutenir, aucune observation, ni aucun examen histologique.

2° *Théorie vasculaire de Jacobs.* Jacobs a décrit une pachyvaginalite, propre aux femmes enceintes, caractérisée par la production, au voisinage des vaisseaux sanguins, de petites tumeurs à contenu gazeux. Ces kystes bien spéciaux diffèrent par leur paroi et leur contenu des kystes du vagin proprement dits.

3° *Théorie lymphatique.* Dans cette théorie, émise par Klebs et admise par Klob, Hunt, Wilhem, Kümmel, les kystes du vagin résulteraient d'ectasies lymphatiques.

Il n'y a pas d'examen histologique probant, dit Poupinel; l'épithélium des kystes diffère toujours de l'endothélium des productions lymphatiques.

4° *Théories de Thorn, de Monro-Murray.* Il s'agit là d'épanchement traumatique de sérosité (Thorn), d'hématome traumatique (Monro-Murray) et non de kystes du vagin.

5° *Thrombus puerpéral.*

6° *Accumulation cellulaire dans le tissu conjonctif.*

*b*) Théories exceptionnelles. — Ces théories, ne s'appliquant qu'à un seul cas ou à un nombre très restreint de cas, ne sauraient être généralisées.

1° *Kystes hydatiques.* Ils se développent dans le vagin comme en toute autre région de l'organisme. Nous avons rapporté le cas de Maygrier (observation X). Tarnier et Budin en citent un autre cas.

2° *Kystes par inclusion traumatique.* Que le traumatisme soit opératoire (cas de Bonnet et Petit, observation VIII) ou obstétrical (application de forceps, Budin), la pathogénie est la même : des débris épithéliaux, entraînés dans la profondeur de la muqueuse vaginale, ont continué à proliférer et ont produit un « véritable kyste dermoïde ».

3° *Kystes dermoïdes.* Notre observation VII est celle de Villar. Moynihan en a rapporté un autre cas, dans lequel le kyste dermoïde vaginal coïncidait avec un kyste dermoïde du mesocôlon sigmoïde. Comme pour les kystes par inclusion traumatique, il y a eu invagination de l'épithélium; mais elle s'est produite pendant la gestation.

4° *Adénomes kystiques comparables aux kystes de l'ovaire.*

Dans le kyste, observé par Tailhefer, la couche épithéliale présentait des cellules mucipares, comme les kystes de l'ovaire. Mais Tailhefer rattache la formation de ce kyste aux débris du canal de Gartner : c'est une théorie que nous étudierons longuement dans notre troisième paragraphe.

5° *Théorie des bourses séreuses.* Cette théorie, émise par Verneuil et Ladreit de la Charrière, fut reprise successivement par Eustache, Tillaux, Thalinger, Courty. Les kystes du vagin furent assimilés aux bourses sous-cutanées professionnelles, produites par les frottements et les pressions répétés. Or Vidal de Cassis avait déjà décrit les bourses séreuses professionnelles chez des filles publiques, sous la symphyse, à l'entrée du vagin. Les abus du coït, la grossesse, les accouchements étaient pour Eustache les principales causes d'épanchement de liquide et de production du kyste. Tillaux ajoutait que certains de ces kystes pouvaient avoir comme origine un thrombus passé inaperçu.

Les faits cliniques ne se sont guère montrés favorables à cette théorie, ainsi que cela résulte des statistiques de Poupinel, dont nous avons parlé à l'étiologie. D'autre part, les examens histologiques, montrant l'absence d'épithélium cylindrique ou pavimenteux stratifié au niveau de la face interne de la poche kystique, sont tout à fait exceptionnels. Ils existent cependant, comme nous en rapportons un cas (observation IX). Et nous concluons avec Marion « que si la théorie de l'hygroma peut expliquer la formation de quelques kystes exceptionnels, l'immense majorité des kystes du vagin ne sont pas des hygromas ».

6° *Origine péritonéale.* Dès 1882, Kölliker a signalé la grande profondeur du cul-de-sac de Douglas chez l'embryon. Il descend jusqu'au niveau du cloaque, bien au-dessous du point où s'abouchent dans le sinus uro-génital les canaux de

Wolff et de Müller. Rapidement le cul-de-sac s'élève avec l'âge et, avant la fin du deuxième mois, il n'arrive plus au-dessous de l'extrémité inférieure du canal utéro-vaginal. Mais pendant un temps, très court il est vrai, le cul-de-sac de Douglas reste en rapport avec ce qui deviendra la paroi vaginale postérieure.

Ce cul-de sac s'efface « par soudure des surfaces au contact », selon le mode démontré par Toldt pour d'autres formations. Zuckerkandl base cette hypothèse sur des faits de Ziegenspeck, qui avait signalé « au fond du cul-de-sac de Douglas, dans un tiers des cas, une ouverture conduisant dans les tissus sous-jacents ».

Dès lors, si l'orifice de communication entre cette cavité et le cul-de-sac de Douglas définitif vient à se fermer, il peut en résulter la production d'un kyste : son revêtement épithélial sera le même que l'épithélium péritonéal embryonnaire; le kyste sera nécessairement extra-vaginal, répondant toujours à la paroi postérieure du vagin en un point quelconque. M. Fredet signale « l'étonnante disproportion entre la fréquence des cas de persistance partielle du cul-de-sac de Douglas, admise par Zuckerkandl et l'extrême rareté des cas de persistance réellement constatée chez les embryons débités en coupes sériées. » Nous avons jugé intéressant de rapporter le cas de Fredet (observation V : kyste postérieur du vagin dérivant probablement du cul-de-sac de Douglas). Cet auteur fait toutes les réserves pour cette hypothèse, en attendant qu'on ait pu étudier une pièce complète montrant les relations du cul-de-sac péritonéal définitif avec le kyste.

*c*) Théories a adopter. — Les kystes, dont il nous faut encore préciser la pathogénie, sont la grande majorité. Deux théories veulent l'expliquer : c'est la *théorie glandu-*

*laire*, la première en date, et la *théorie congénitale ou embryonnaire*, qui est généralement adoptée aujourd'hui. On tend en effet, de plus en plus, à rattacher les kystes du vagin à la transformation des débris des canaux de Wolff ou de Müller. Le processus est absolument le même pour les kystes du ligament large qui dérivent de l'organe de Rosenmüller, ou les kystes thyro-hyoïdiens médians, dont l'origine doit être cherchée dans les restes du canal de Bochdaleck. Il reste donc à savoir si, au niveau de la région qui nous occupe, il peut persister des débris de quelque organe embryonnaire, susceptibles de se développer ultérieurement pour donner naissance à un kyste. Ce problème est triple, car on doit démontrer successivement, dit Fredet : 1° l'existence de l'organe dont on prétend faire dériver le kyste; 2° la situation de l'organe originel, à une phase quelconque du développement, au lieu où existe la tumeur; 3° l'analogie de la structure entre l'organe normal et le produit pathologique.

La question étant ainsi posée, nous allons étudier 1° l'*origine wolffienne*, 2° l'*origine mullérienne*, 3° l'*origine glandulaire* des kystes du vagin. Nous commençons par les kystes wolffiens, qui sont de beaucoup les plus nombreux, ce qui aura l'avantage de simplifier grandement l'exposé des autres (Fredet).

### § 1. *Origine wolffienne*

Cette théorie, émise par Watts, Veit, est aujourd'hui parfaitement démontrée. Pour l'expliquer, il est nécessaire de rappeler en quelques lignes le développement des organes génito-urinaires.

Les canaux de Wolff sont les conduits excréteurs du rein primitif. De la région lombaire, ils descendent, chez

l'embryon, dans le bassin pour se terminer dans le sinus uro-génital à côté des canaux de Müller. Les rapports de ces conduits sont intéressants. Les parties supérieures des canaux de Müller sont écartées l'une de l'autre, situées en dehors des canaux de Wolff, auxquels elles sont parallèles. Puis plus bas, les canaux de Müller se rapprochent l'un de l'autre et arrivent au contact; ils croisent ainsi les canaux de Wolff, passant au devant d'eux. Tandis que les portions céphaliques des canaux de Müller formeront les trompes, leurs portions caudales, fusionnées sur la ligne médiane au-dessous du croisement des canaux de Wolff, donneront naissance à l'utérus et au vagin.

*a*) Si donc il persiste chez la femme des débris des *canaux de Wolff*, dans toute la partie qui est en rapport avec le segment vaginal des canaux de Muller fusionnés, ces débris pourront être le point de départ de kystes du vagin. Déjà Malpighi connaissait la persistance en totalité des canaux de Wolff chez la vache. En 1822, Gartner leur donna son nom et les étudia chez la vache et chez la truie. Les canaux de Gartner persistent encore normalement chez d'autres femelles d'animaux domestiques.

En est-il de même chez la femme? On y rencontre assez souvent la persistance du segment juxta-utérin du canal de Wolff, inclus dans le bord même de l'utérus et se terminant au voisinage du col. Mais le *segment juxta-vaginal* peut aussi persister beaucoup plus rarement. Contrairement aux idées de Nagel, qui n'admettait pas que les canaux de Gartner pussent descendre au-dessous des culs-de-sac vaginaux, Klein a démontré, par des coupes sériées, qu'ils arrivent *jusqu'au bord libre de l'hymen*. Ces résultats concordent avec les données embryologiques de Tourneux, lequel a démontré la part prise par les extrémités infé-

rieures des canaux de Wolff à la formation de l'orifice vaginal.

Il est donc prouvé que des kystes du vagin peuvent se développer aux dépens des canaux de Gartner depuis le *col utérin jusqu'à la vulve*. Mais les débris des canaux de Wolff se font plus rares au fur et à mesure qu'on se rapproche de la vulve, et le canal du côté gauche persiste moins souvent et moins longtemps que l'autre : d'où la fréquence plus grande des kystes wolffiens au voisinage des culs-de-sac vaginaux et du côté droit.

On a précisé encore la situation topographique des canaux de Gartner par rapport à la circonférence du vagin. Pour Kossmann, ils occupent la paroi antérieure. Nagel et Fredet, au contraire, affirment que chez l'adulte les canaux de Wolff « conservent la situation qu'ils avaient, chez l'embryon, sur les *parois latérales du vagin* ». Les kystes wolffiens seront donc latéraux, rarement antérieurs comme le soutient Kossmann, jamais postérieurs (obs. I).

Pour Fredet, le canal de Wolff siège en pleine paroi vaginale. Pour d'autres, il est situé dans la couche conjonctive sous-muqueuse (Dohrn), dans la musculeuse (Rieder), contre le vagin (Klein).

Les canaux de Wolff comprennent une couche épithéliale, formée d'une ou deux rangées de cellules cylindriques, entourée d'une enveloppe musculaire lisse avec des fibres longitudinales et circulaires. Mais ces fibres musculaires, regardées comme caractéristiques par Poupinel, peuvent manquer dans la paroi des kystes vaginaux.

*b*) Il faut encore décrire des *kystes dérivant des diverticules d'aspect glandulaire du canal de Gartner*. Ce seraient les plus nombreux des kystes wolffiens, pour M. Fredet.

On a constaté chez les animaux d'abord, chez la femme

ensuite, que de nombreux diverticules pseudo-glandulaires se détachent du canal de Gartner au voisinage du vagin. Fredet les a vus au niveau de l'utérus, Klein au niveau du vagin. Vassmer a publié un cas intéressant de kyste latéral du vagin avec des diverticules tapissés par un épithélium à deux couches; les coupes en série seules peuvent permettre d'affirmer son origine aux dépens d'un diverticule du canal de Gartner. On trouvera plus loin (observation II) un cas analogue de Fredet. « Et ainsi, dit cet auteur, se pose la question de savoir si ce ne sont pas des diverticules wolffiens qui ont été décrits à maintes reprises comme glandes du vagin, et si, par suite, les kystes rattachés à des formations de ce genre, et décrits comme glandulaires, ne sont point en réalité des kystes wolffiens ».

Les kystes diverticulaires s'observeront surtout au voisinage des culs-de-sac, latéralement, sans être aussi strictement latéraux que les dérivés du canal de Gartner (Fredet). Ces diverticules pourront encore expliquer la situation postérieure de certains kystes (Christiaen).

*c*) Aux dépens de *canalicules du rein primitif* peut-il aussi se développer des kystes du vagin? Recklinghausen admet que les canalicules de la portion distale du corps de Wolff sont capables de s'inclure dans la paroi postérieure de l'utérus et de devenir ainsi le point de départ de certaines tumeurs. Pick pense de son côté que des canalicules logés dans la paroi postérieure du vagin peuvent dériver des adénomyomes et il en cite un cas personnel à côté des observations de Herff et de Pfannenstiel. Il s'agit plutôt de myomes avec des cavités kystiques, que de kystes (Fredet).

§ II. *Origine mullérienne ou leuckartienne*

Cette théorie fut soutenue pour la première fois par Freund. Cet auteur expliquait la production des kystes par l'absence partielle de soudure des deux canaux de Müller, l'isolement d'une portion de l'un d'eux et sa transformation kystique; l'autre canal fournissait à lui seul les organes génitaux.

La pathogénie en est tout autre dans l'immense majorité des cas. On connaît bien, depuis les travaux de Tourneux, le mode de formation de l'utérus et du vagin. Les deux canaux de Müller, d'abord accolés, se fusionnent pour constituer un canal unique, le canal utéro-vaginal ou canal de Leuckart. L'épithélium qui tapisse sa cavité est prismatique dans la partie utérine, pavimenteux dans la portion vaginale, et il y a une « transition graduelle entre les deux sortes d'épithélium ».

L'épithélium vaginal va proliférer beaucoup, formant un cordon plein qui obstrue la lumière du canal. Ce cordon envoie des prolongements cellulaires dans les tissus voisins, surtout au niveau des culs-de-sac qui sont également pleins à l'origine. Ainsi s'explique « la production de bourgeons épithéliaux aberrants ». Plus tard, ils pourront devenir le siège de kystes dont la structure rappellera l'épithélium dont ils dérivent : épithélium pavimenteux stratifié.

Suivant l'hypothèse de Fredet, le bourgeonnement peut entraîner des cellules du type utérin, d'où la production de kystes à revêtement épithélial cylindrique ou mixte. Ces modifications de structure se retrouvent dans le cas de W. Kümmel que nous rapportons (observation III).

Signalons encore l'opinion de Guido Lerda, au sujet du cas qu'il a publié en 1906, et qui se trouve tout au long à la

fin de l'observation IV. « Le siège antérieur et médian du kyste, son extension jusqu'au fond de l'utérus, l'existence de glandes très nombreuses et même celle d'un petit espace de paroi constituée par de l'épithélium très vraisemblablement vibratile, l'épaisseur de la tunique musculaire... tous ces faits éveillent l'hypothèse non pas tant d'une dépendance immédiate d'un canal de Müller, que d'un bourgeonnement embryonnaire, lequel, se détachant de la face antérieure du *sinus genitalis* aux confins de ses deux portions utérine et vaginale, alla ensuite en s'étendant aussi bien en haut qu'en bas jusqu'à donner le kyste en question ».

### § III. *Origine glandulaire*

Cette théorie, nous le savons, fut la première invoquée par Oakley Henning et Huguier surtout pour expliquer la pathogénie des kystes du vagin. En démontrant que le vagin n'avait point de glandes, les auteurs, du même coup, ruinèrent cette théorie. Mais Von Preuschen dès 1877, avait décrit des glandes tubulées aux deux extrémités du vagin, chez un sixième des femmes. Davidsohn et Meyer les regardent comme des glandes aberrantes. Dans son Traité d'histologie, Branca résume l'opinion générale en disant :

« Jamais l'épithélium vaginal ne donne naissance à des glandes, et les glandes qui peuvent s'ouvrir anormalement à sa surface s'observent seulement au niveau de ses deux extrémités. Les glandes du groupe supérieur sont des glandes utérines erratiques ; les glandes du groupe inférieur représentent des glandes erratiques d'origine vulvaire. Ajoutons qu'on a parfois décrit comme des glandes de simples bourgeons épithéliaux qui pénétrent dans le derme vaginal ».

En haut, dans la région des culs-de-sac latéraux, on trou-

verait d'après Davidsohn et Meyer des *kystes aberrants des glandes cervico-utérines*. Ce seraient plus probablement, pour Fredet, des kystes wolffiens, dérivés non du canal de Wolff, mais de ses diverticules pseudo-glandulaires.

En bas, près de la vulve, sur les parties latérales, il peut aussi se développer des *kystes aux dépens des glandes vulvo-vaginales aberrantes.*

Enfin, en avant, sur la paroi antérieure du vagin, il existe des glandes para-uréthrales, déjà signalées par Skene. La production de kystes est encore possible à cet endroit : ce seront des *kystes des glandes para-uréthrales* (Fredet).

En résumé, il découle de ce long chapitre que la pathogénie des kystes du vagin n'est pas univoque. Elle doit être simplifiée aujourd'hui. Les cas exceptionnels ou trop rares mis à part, nous trouvons pour les kystes qui nous occupent trois origines possibles : 1° l'origine wolffienne pour le plus grand nombre, 2° l'origine mullérienne et 3° l'origine glandulaire.

# CHAPITRE IV

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

*Nombre.* — Le kyste du vagin est unique le plus souvent, 100 fois sur les 128 cas réunis par Poupinel, quatre fois sur cinq, dit Michaux.

Donc dans le cinquième des cas, les kystes sont multiples. Ils se présentent alors sous deux aspects différents, soit agglomérés en masse unique (au nombre de 15 dans le cas de Poupinel), soit plus souvent disposés en chapelet (Johnston).

*Volume.* — Il est très variable. A ce point de vue, Poupinel les avait divisés en kystes petits (cerise), moyens (noix), et gros (œuf de poule, pomme). Exceptionnellement, les kystes du vagin peuvent atteindre le volume d'une tête fœtale (Veit).

*Siège.* — Les tumeurs que nous étudions peuvent être situées sur un point quelconque des parois vaginales antérieure, latérales, ou postérieure. Le plus souvent, c'est au niveau des parois antérieure ou postérieure qu'on les observe (80 %), suivant Poupinel. Lorsqu'ils sont implantés sur une paroi latérale, c'est à droite en général.

Au point de vue de la profondeur, les kystes de la paroi

antérieure s'insèrent plutôt sur le tiers inférieur, tandis que ceux des parois latérales ou postérieure se développent plus souvent au niveau du tiers moyen des culs-de-sac. Toutes ces variations s'expliquent par la pathogénie, comme nous l'avons vu.

Ils peuvent enfin siéger au niveau de l'hymen (face postérieure dans l'obs. VI).

*Forme. Connexions.* — Les kystes du vagin sont le plus souvent sphériques et sessiles, du moins au début de leur évolution. Plus tard, ils deviennent ovalaires, parfois irréguliers et multilobés, quelquefois pédiculés avec une grande tendance à sortir par la vulve.

Rares sont les kystes développés dans l'épaisseur de la muqueuse, en général ils sont recouverts par la muqueuse vaginale. Celle-ci est soit indépendante, séparée de la paroi kystique par du tissu conjonctif qui permettra l'énucléation, soit au contraire fusionnée avec le kyste. Le pédicule du kyste, très visible parfois, peut être profond et adhérer aux fibres musculaires du releveur de l'anus dans les kystes de la paroi postérieure (Robert).

Signalons enfin l'existence possible de prolongements supérieurs de la poche kystique, jusque dans le ligament large (Watts, Boursier, Reboul), ou sur la ligne médiane jusqu'au fond de l'utérus (G. Lerda).

*Structure.* — Comme les autres kystes, ceux du vagin sont formés par une paroi et un contenu.

A la coupe, ils présentent une *cavité* ordinairement uniloculaire, plus rarement alvéolaire ou multiloculaire.

Le *contenu* est très variable comme couleur et consistance. C'est un liquide clair, fluide, citrin comme celui de l'ascite, ou bien clair comme de l'eau de roche, ou encore coloré

en brun, en rouge par du sang épanché. Plus rarement, il est purulent. Dans le cas de M. de Rouville, l'examen pratiqué par M. Derrien a montré qu'il s'agissait d'un liquide alcalin, contenant des albuminoïdes (nucléo et alcali-albuminoïdes, albumines ordinaires) et de la paralbumine. L'examen microscopique révèle des globules de sang, des cellules épithéliales en voie de dégénérescence.

La *paroi* est constituée par deux couches : une couche externe conjonctive, une couche interne épithéliale.

La couche *externe* se confond plus ou moins, suivant les cas, avec la muqueuse vaginale ou avec la cloison recto ou vésico-vaginale ; elle est conjonctivo-musculaire. On y trouve dans cette partie des fibres de nature conjonctive, parfois des fibres élastiques. La portion musculaire, lorsqu'elle existe, est formée de fibres lisses ; on a voulu attribuer une grande valeur diagnostique à leur présence dans les kystes wolffiens ; cette valeur est très contestée aujourd'hui.

La couche *interne* est formée d'un épithélium. En général, c'est un épithélium cylindrique, parfois à cils vibratiles, composé d'une simple couche épithéliale (kystes wolffiens). Il se déprime parfois en invagination pseudo-glandulaires (kystes nés aux dépens des diverticules du canal de Gartner). Enfin cet épithélium peut être pavimenteux stratifié, avec des papilles (kystes mulléríens). Mais il ne faut pas attacher trop de valeur à ces caractères morphologiques nullement spécifiques, papilles, épithélium pavimenteux ou cylindrique. Cet épithélium peut, en effet, dans le même kyste, être mixte cylindrique ou pavimenteux suivant les régions. Plus rarement, l'épithélium fait défaut, comme dans le cas de Ladreit de la Charrière (obs. IX).

*Lésions concomitantes.* — On peut observer en même

temps des malformations congénitales, ce qui ne doit pas surprendre, puisque la majorité des kystes dérive de débris embryonnaires. Pozzi cite le cas d'un grand kyste unique coïncidant avec un cloisonnement vertical du vagin. Dans l'observation de G. Lerda, il y avait un rein unique en fer à cheval (voir obs. II).

# CHAPITRE V

## ETUDE CLINIQUE

### § 1. — *Symptomatologie*

Le *début* des kystes du vagin est essentiellement insidieux, et reste constamment inaperçu. Tant qu'il est de petites dimensions, il est ignoré de la femme, et c'est souvent au cours d'un examen gynécologique ou obstétrical qu'il est découvert par le médecin : la malade était venue le consulter pour une lésion quelconque de l'appareil génital ou pour une grossesse. Dans quelques cas, le kyste, devenu volumineux, empêche le coït ou rend la marche douloureuse. Plus souvent enfin la malade s'est aperçue d'une « grosseur », qu'elle a vu apparaître à la vulve, soit brusquement à la suite d'une chute, d'un effort violent, soit progressivement, et elle va se faire examiner, croyant avoir une « descente de matrice ».

Quoi qu'il en soit du mode de début, la *période d'état* se caractérise surtout par des signes *physiques*, plus tard et plus rarement par des signes fonctionnels.

A l'*inspection*, on peut constater parfois en entr'ouvrant les grandes lèvres, la tumeur qui vient faire saillie au niveau de l'orifice vulvaire. Elle est recouverte par la muqueuse vaginale et présente absolument l'aspect d'une rectocèle ou d'une cystocèle suivant sa position. Si la muqueuse

est très mince, le kyste prendra une teinte bleuâtre ou même violacée. Souvent il faudra inviter la femme à pousser pour apercevoir les kystes peu volumineux.

Lorsque le kyste est petit ou au contraire volumineux mais profondément situé dans le vagin, l'œil n'arrive à le constater que par l'emploi du *spéculum.*

Mais dans ce cas, l'examen commence en général par le *toucher vaginal.* Le doigt rencontre alors une tumeur dont la situation peut être variable, antérieure, latérale ou postérieure; elle est arrondie et sessile, ou ovalaire et pédiculée. Elle est indolente. Sa consistance varie, comme il est facile de le prévoir, avec la tension du liquide : tantôt molle, tantôt fluctuante, tantôt dure comme une tumeur fibreuse. La muqueuse vaginale glisse sur la tumeur.

Il est souvent très utile de prendre la tumeur entre deux doigts pour mieux préciser les sensations.

Presque toujours enfin, soit pour compléter le diagnostic, soit pour connaître les rapports de la tumeur avec les organes voisins, on devra pratiquer le *toucher rectal combiné* au toucher vaginal, ou le cathétérisme *vésical.*

Nous parlerons de la *ponction exploratrice* au chapitre suivant, à propos du diagnostic différentiel.

Les *symptômes fonctionnels* sont généralement tardifs et dus au volume toujours croissant du kyste. C'est de la pesanteur pelvienne ou de la gêne de la marche. Parfois le coït est empêché et devient réellement douloureux. Plus rarement, la femme a de la leucorrhée.

### § 2. — *Marche. Evolution*

La marche des kystes du vagin est généralement fort lente et progressive. Marion cite une malade de Tillaux qui, depuis vingt ans, avait un kyste gros comme un petit

œuf. L'évolution peut être accélérée passagèrement par une grossesse, par un traumatisme, un accouchement.

Pendant un temps plus ou moins long, la tumeur reste facilement réductible. Dans le cas de Couvelaire, la position horizontale suffisait au début pour assurer la réduction; plus tard, la malade était obligée de la réduire avec le doigt, mais la hernie de la tumeur se reproduisait dans la station debout ou au moindre effort.

Le kyste peut se rompre, par exemple à la suite d'un accouchement, mais la récidive est à peu près fatale.

### § 3. — *Complications*

Elles sont dues au volume, à la situation ou à l'infection du kyste.

Par son volume, un gros kyste du vagin peut gêner non seulement la marche et le coït, mais encore la miction. Il risque d'entraîner le prolapsus de l'utérus, qui s'abaisse peu à peu à la suite de la muqueuse vaginale. C'est un mécanisme analogue, fait remarquer Marion, au prolapsus du rectum qui succède à un polype de cet organe. Rarement enfin, un kyste volumineux sera une cause de dystocie : Dans leur *Traité des accouchements*, Tarnier et Budin en ont rappporté quatre observations : dans le cas de Couvelaire, le kyste, moins volumineux, subit, au cours du travail, un mouvement d'ascension et l'accouchement fut normal comme la délivrance.

Un kyste du vagin peut entraîner la stérilité soit par déviation utérine (cas de Thalinger : une femme jusque-là stérile, devint enceinte deux mois après l'extirpation d'un kyste du cul-de-sac postérieur qui refoulait le col en avant), soit encore par oblitération du col. Exceptionnellement, par tractions sur le fond vésical, un kyste détermi-

nera de la rétention partielle, suivie de cystite et d'infection urinaire ascendante (cas de Lerda : obs. II).

La véritable complication des kystes du vagin, c'est leur suppuration, due à une infection traumatique ou spontanée. Le kyste grossit alors, se tend, devient douloureux en même temps que se montre une fièvre légère. Si l'on n'intervient pas par une incision, le kyste s'ouvre seul et il s'en écoule un pus phlegmoneux. Rarement la guérison survient ainsi. Le plus souvent une fistule persiste.

### § 4. — *Pronostic*

Le pronostic est bénin, car les complications dont nous venons de parler sont relativement rares et peu sérieuses elles-mêmes.

## CHAPITRE VI

### DIAGNOSTIC

Ce diagnostic est généralement des plus faciles, surtout si la tumeur est bas située; dans certains cas, il peut être, au contraire, très difficile. Nous allons diviser son étude en trois parties, comme Marion.

1° *Le kyste est simple, non compliqué.* — Un kyste, bien limité, fluctuant ne sera jamais confondu avec la *pachy-vaginite kystique*, caractérisée par la présence de petites cavités creusées dans la muqueuse et remplie de gaz.

Mais on pourra le confondre avec une *tumeur vaginale*, surtout si le kyste est bas situé, ou avec une tumeur *extra-vaginale*, qui fait saillie dans le vagin.

Parmi les tumeurs vaginales, il faut éliminer en première ligne les *tumeurs solides* (fibromes, sarcomes, cancers). La ponction exploratrice fera le diagnostic si la consistance du kyste est très dure. Mais la ponction blanche ne pourra faire éliminer sûrement l'hypothèse de tumeur kystique (exemple le cas de Couvelaire ou une ponction au bistouri ne suffit pas pour permettre l'écoulement du liquide trop épais).

Un kyste antérieur peut faire croire à une *cystocèle* ou à une *uréthrocèle*.

La *cystocèle*, ou hernie de la vessie dans le vagin, est une

des plus fréquentes; elle aussi n'apparaît quelquefois que lorsque la malade pousse; elle est piriforme et comme pédiculée, fluctuante et dépressible, réductible. Mais on possède un moyen certain de diagnostic dans ce cas : c'est le cathétérisme uréthral. Le bec de la sonde pénètre dans la tumeur et peut être perçu par le toucher vaginal. Dans le kyste du vagin, au contraire, la tumeur reste interposée entre le doigt et la sonde.

L'*uréthrocèle* est une tumeur qui augmente par l'effort, acquiert le volume d'une noisette ou d'une noix, est rénitente, fluctuante et dépressible. Mais elle siège un peu en arrière du méat sur le trajet de l'urèthre dans sa moitié antérieure; elle est, comme la cystocèle, recouverte par la muqueuse du vagin ridée transversalement. Par la pression sa poche se vide et l'on voit sourdre au méat quelques gouttelettes d'urine ou encore de pus, de muco-pus, résultant de la stagnation. Enfin, et surtout, ici encore le cathétérisme montrera les relations existant entre la tumeur et le canal de l'urèthre.

En arrière, il faut éliminer l'hypothèse d'une *rectocèle* par le toucher rectal combiné au toucher vaginal.

A propos de ce diagnostic avec l'uréthrocèle, la cystocèle et la rectocèle, nous rappelons le conseil de Marion qui recommande d'examiner soigneusement toute femme se plaignant de descente de la matrice : car derrière le prolapsus peut se cacher un kyste du vagin.

Parmi les tumeurs vaginales, on doit encore songer à l'*hématocolpos latéral* qu'on élimine facilement s'y il a concomitance d'hématométrie latérale, ou, à son défaut, par la ponction.

Signalons encore le *thrombus du vagin* chez la femme enceinte.

Enfin on pensera aux *abcès froids du vagin*, tumeurs aussi

fluctuantes, dépressibles et réductibles; elles sont indolentes. Mais elles sont d'origine ostéopathiques et par suite leur apparition dans le vagin ne va pas sans des symptômes antérieurs de leur évolution, et en particulier sans des douleurs au niveau des os du bassin, douleurs que l'on peut encore faire renaître par la pression en divers points de ces os. Les troubles de l'état général sont ici à envisager et aident au diagnostic.

Les kystes du vagin haut situés pourront quelquefois être confondus avec des *tumeurs extravaginales.*

La *salpingo-ovarite kystique*, l'*ovarite scléro-kystique*, même si les annexes sont dans le Douglas, diffèrent des kystes par les douleurs, les antécédents génitaux de la malade, par leur siège également plus élevé.

Le *kyste du ligament large* est plus difficile à éliminer, souvent impossible lorsque le kyste du vagin se prolonge en haut dans l'épaisseur du ligament large.

Signalons enfin les *fibromes utérins* qui ont dédoublé la cloison vésico-vaginale, et les *entérocèles vaginales* : ces dernières sont réductibles par le repos et augmentent par l'effort.

Peut-on aller plus avant dans le diagnostic et reconnaître l'*origine des kystes du vagin*?

Bonnet et Petit, dans leur *Traité pratique de Gynécologie*, disent que les kystes wolffiens occupent toujours la paroi antérieure ou antéro-latérale du vagin, et, chose caractéristique, qu'ils peuvent se prolonger jusque dans le ligament large correspondant. Au contraire, les kystes mulléiens occupent ordinairement la paroi vaginale postérieure, exceptionnellement la paroi antéro-latérale, jamais ils ne dépassent la cavité du vagin.

Pour M. Fredet : « un kyste, siégeant haut, sur les parties latérales du vagin, a chance d'être wolffien; s'il siège très

bas, c'est probablement un kyste de la glande vulvo-vaginale aberrante. Pour les kystes de la paroi antérieure, il faut chercher à démontrer : en haut, l'origine aux dépens de glandes cervico-utérines aberrantes; et dans le reste de l'étendue, près de la ligne médiane, l'origine aux dépens de glandes urétrales aberrantes. De tous les kystes, les plus difficiles à expliquer sont ceux de la paroi postérieure : tout en haut, et un peu sur le côté, on songera soit aux diverticules pseudo-glandulaires du canal de Gartner, soit aux canalicules de la portion paroophorale du corps de Wolff; plus bas, sur la ligne médiane, il faudra penser à un cul-de-sac de Douglas embryonnaire; près de la vulve, on invoquera les glandes vulvo-vaginales postéro-inférieures. »

On voit par cette citation la difficulté du problème. Même l'examen chimique du liquide et l'examen anatomo-pathologique de la paroi du kyste ne permettront pas toujours de poser fermement des conclusions (Obs. I.)

2° *Le kyste est suppuré.* — On devra éliminer les hypothèses de phlegmon du ligament large ou de péri-métro-salpingite, en constatant la limitation, la forme et la superficialité de la suppuration.

3° *Le kyste est fistuleux.* — Le problème est le même, et sera souvent plus difficile à résoudre.

# CHAPITRE VII

## TRAITEMENT

On peut poser en principe que tout kyste du vagin doit être opéré. Un traitement réellement simple permettra d'éviter parfois de fâcheuses complications.

Nous allons énumérer les différentes méthodes, et nous en signalerons au fur et à mesure les avantages et les inconvénients.

1° La *ponction simple* est un moyen de diagnostic et non de traitement, du moins radical. Huguier signale trois cas de kystes traités par la ponction, qui récidivèrent tous les trois.

2° La *ponction suivie d'injection irritante* a été employée par analogie avec le traitement des hydrocèles. La teinture d'iode cause une trop grande irritation dans cette région très vasculaire. Jobert de Lamballe lui doit cependant une guérison. Le nitrate d'argent est moins actif et les injections doivent être répétées très souvent (Scanzoni).

3° *L'incision suivie d'injections caustiques*, préconisée par Tillaux, donne quelques résultats. Dans un cas, après une anesthésie locale, il fit l'incision du kyste, puis pratiqua un lavage à l'eau phéniquée, et termina par un lavage avec du chlorure de zinc à 4 p. 100.

4° *L'excision partielle.* — Huguier la pratiquait déjà sous le nom d'ébarbement : il enlevait un fragment de la tumeur d'un coup de ciseaux. Schrœder, fait en outre, la suture de la paroi à la muqueuse.

5° *L'extirpation totale* constitue évidemment le procédé de choix. On incise au bistouri, sur la partie saillante de la tumeur, la muqueuse vaginale et on cherche à énucléer le kyste avec un instrument mousse. Il arrive assez souvent que le kyste se rompt, ce qui augmente beaucoup les difficultés de l'intervention.

Pozzi, en 1878, communiqua à la Société de chirurgie un procédé qui pourra rendre des services. La poche est vidée par la ponction, puis remplie par une injection de blanc de baleine fondu au bain-marie à la température de 44°; la solidification est amenée par l'application de glace pilée, pendant quelques minutes; il ne reste plus alors qu'à disséquer le kyste, dont on fait facilement l'ablation rapide et totale. L'injection de blanc de baleine à 44° est indolore, et sa réfrigération produit une anesthésie locale suffisante.

Après l'ablation du kyste, on doit faire un surjet en capiton et suturer par dessus la muqueuse vaginale.

Quelles sont les *indications* de ces différentes méthodes? On rejette aujourd'hui la ponction, simple ou suivie d'injection, ainsi que l'incision. Le chirurgien a donc le choix entre l'extirpation partielle et l'extirpation totale. L'opération idéale, celle qui met sûrement à l'abri de toute récidive, c'est l'extirpation totale; c'est aussi la méthode que l'on doit employer le plus souvent. Lorsque l'extirpation ne peut être tolale, soit que le kyste siège trop haut dans le vagin, soit qu'il présente un prolongement trop élevé, on fera l'extirpation de la partie saillante, puis on curettera le reste et on tamponnera à la gaze iodoformée.

Au cours d'un *accouchement*, on traitera de même un kyste, devenu cause de dystocie : on se contentera de la ponction pratiquée avec une aiguille, un trocart ou un bistouri, et quelques semaines après on l'extirpera totalement (cas de Couvelaire), pour éviter son accroissement progressif et rapide, et une nouvelle intervention à l'accouchement ultérieur. « Pendant la grossesse, dit Treub, il ne faut opérer que si le volume de la tumeur est de nature à faire craindre un obstacle au passage de l'enfant. On enlèvera toute tumeur vaginale dépassant le volume d'un œuf de poule. »

Si l'on a affaire à un *kyste suppuré*, l'extirpation peut être très difficile. En tout cas, comme pour les bartholinites aiguës, il faut inciser largement et extirper le plus possible de la paroi kystique. La suppuration, amènera d'ailleurs la guérison le plus souvent.

Enfin, dans le cas de *fistule*, on aura recours encore à l'incision, suivie du curettage et du tamponnement.

# CHAPITRE VIII

## OBSERVATIONS

### Observation première

De M. le Professeur de Rouville, *in* Montpellier Médical, 3 mai 1908

Kyste de la paroi antérieure du vagin — Extirpation complète ; guérison — Examen du liquide — Examen anatomo-pathologique : vraisemblablement kyste développé aux dépens du canal de Gartner.

Mme A. B..., âgée de 24 ans, de l'Aveyron, entre à la clinique gynécologique, salle A. Paré, lit nº 8, pour une *descente de matrice.*

*Antécédents héréditaires* : nuls.

*Antécédents personnels* : Elle n'a jamais été malade. Sa santé actuelle est excellente. Réglée à 17 ans, elle l'a toujours été depuis très régulièrement et sans douleur. Mariée à 21 ans, elle devient enceinte un an plus tard ; accouchement normal à terme ; suites de couches parfaites ; réapparition des règles au bout de six semaines.

*Maladie actuelle* : Deux jours avant son accouchement, à la suite d'un effort fait pour soulever un poids, elle éprouve dans le vagin une sensation de corps étranger ; elle y porte la main et perçoit, affleurant la vulve, une *grosseur* du volume d'une noix, indolore. Dix jours après ses couches, alors qu'elle a repris depuis deux jours ses occupations de ménagère, elle ressent à nouveau la même gêne et constate la

même grosseur. Le médecin, consulté par pure curiosité, dit-elle, applique un pessaire. La gêne qu'éprouve Mme B..., au niveau du vagin, augmente; elle accuse le pessaire et l'enlève; effectivement la gêne diminue; mais comme la grosseur persiste, elle vient à Montpellier consulter le Dr Reynès qui l'accompagne à la clinique.

*Examen* : Un toucher rapide, en position debout, permet de constater que l'utérus est à sa place, de moyen volume, mobile, indolore; il en est de même des annexes; il n'existe donc aucun degré de prolapsus utéro-annexiel.

L'inspection de la région vulvaire, en position de la taille, est négative; même après écartement des grandes lèvres, on n'aperçoit rien d'anormal; mais si l'on dit à Mme B. de *pousser*, on voit émerger progressivement de la partie supérieure de la vulve, une tumeur lisse, de coloration bleuâtre formée de deux lobes inégaux, le droit présentant les dimensions d'une grosse cerise, le gauche celles d'un pois; la paroi de cette tumeur est très mince, parsemée de fines arborisations vasculaires, et laisse voir, par transparence, son contenu liquide, dont la tension augmente avec l'effort; elle se continue nettement en avant, en arrière et sur les côtés avec la muqueuse vaginale normale. Si l'effort cesse, la tumeur se réduit progressivement et disparaît entièrement dans le vagin.

L'exploration digitale de ce conduit montre l'intégrité de ses parois postérieure et latérales, ainsi que des 2/3 supérieurs de sa paroi antérieure; mais à l'union du 1/3 inférieur et des 2/3 supérieurs de cette paroi, le doigt perçoit aisément une saillie mollasse du volume d'une noisette, dépressible en *doigt de gant* et qui, si Mme B. pousse, se tend, grossit jusqu'à acquérir les dimensions signalées plus haut et, glissant sous le doigt, s'extériorise; son pédicule, dès lors, facilement perceptible, s'implante assez

largement sur la partie latérale droite de la face antérieure du vagin (1/3 inférieur).

L'exploration à la sonde de l'urèthre et de la vessie montre l'indépendance absolue de la tumeur.

*Diagnostic* : Kyste du vagin.

*Opération* : le 20 décembre 1907. Rachistovainisation; incision transversale sur la partie la plus saillante du lobe droit du kyste, n'intéressant que la muqueuse vaginale, très amincie à ce niveau; l'isolement du lambeau muqueux est difficile et, en un point, la paroi kystique est ouverte; un liquide opalescent, visqueux, filant, s'en écoule qui est recueilli; la dissection est continuée et l'isolement de la paroi du kyste s'effectue facilement à coups de sonde cannelée dirigés dans le sens de son prolongement sous-muqueux, en haut et à droite; l'extirpation est complète de ce côté, car le prolongement se termine en cul-de-sac parfaitement clos; même incision transversale sur le lobe gauche, rendue difficile par la vacuité de ce lobe qui s'est vidé de son contenu à l'ouverture du lobe droit, avec lequel il communique par un étroit orifice; même dissection facile du prolongement de ce lobe dirigé en haut et à gauche et également terminé en cul-de-sac; capitonnage à l'aide d'un surjet de fin catgut de la cavité sous-muqueuse laissée libre par l'extirpation du kyste et de ses prolongements; réunion aux points séparés de catgut des deux lèvres des incisions transversales. Mèche stérilisée dans le vagin; sonde à demeure.

Guérison parfaite.

*Examen anatomo-pathologique, par M. le professeur Bosc* : « La cavité existe en totalité sur la coupe; elle est très irrégulière, à digitations profondes, dont les sommets surtout présentent un aspect papillomateux. Sa paroi est

formée par un tissu fibreux dense, richement vasculaire; la cavité renferme une substance mucoïde mélangée de cellules desquamées. La surface est revêtue sur toute son étendue d'un épithélium cylindrique net, qui en suit toutes les saillies et dépressions (par endroits cet épithélium prend un aspect cubique); ces cellules épithéliales sont disposées sur un seul rang et sont formées par un protoplasme clair, homogène, avec un très gros noyau situé vers la partie moyenne, et en général un peu plus près de la base. Une membrane basale légère sépare cet épithélium du tissu conjonctif sous-jacent. La partie superficielle du protoplasme cellulaire présente une légère condensation qui laisse penser à un plateau. Ces cellules sécrétent du mucus dans la cavité du kyste. *Vraisemblablement il s'agit d'un kyste développé aux dépens du canal de Gartner* ».

*Examen du liquide par M. le professeur agrégé Derrien* : « Liquide opalescent, visqueux, filant. Réaction très légèrement alcaline au tournesol. Le liquide précipite par l'acide acétique dilué (nucléo et alcali-albuminoïdes); débarrassé de ce précipité, il se trouble par la chaleur (albumines ordinaires). Le liquide contient enfin une substance protéique non précipitable par l'acide acétique dilué, non coagulable par la chaleur, précipitant lorsqu'on ajoute au liquide (débarrassé des autres albumines) trois fois son volume d'alcool à 95°. Ce précipité, lavé à l'alcool, se redissout dans l'eau. N'est pas une histone. Est dédoublé par l'acide chlorhydrique dilué et à chaud en donnant une substance réduisant la liqueur de Fœhling. Présente en somme les caractères de la substance glycoprotéique, regardée comme caractéristique des liquides ovariens et connue sous les noms de *pseudomucine*, *métalbumine de Scherer* ou encore *paralbumine*. L'examen microscopique décèle quelques globules rouges, peu de polynucléaires et des cellules en voie de

dégénérescence qui proviennent sans doute de la paroi du kyste. Je n'ai pas rencontré de cristaux de cholestérine ».

### Observation II

De M. Fredet, *in* Bull. Soc. Anat. Paris, 1903, p. 721

Kyste latéral du vagin d'origine wolffienne

Ce kyste n'a pas d'histoire clinique. Il était porté par une femme de 39 ans, entrée à l'hôpital pour une déchirure ancienne du périnée, avec gros utérus métritique et prolapsus vaginal. Elle avait en outre, sans s'en douter, un kyste vaginal du volume d'une noix, exactement localisé à la région du cul-de-sac latéral gauche. Comme renseignements complémentaires, ayant quelque intérêt dans le cas présent, il faut noter que cette femme a, depuis quatorze ans, accouché de sept enfants, tous venus facilement, sans application de forceps ou d'autre instrument capable de produire une attrition des tissus ou une inclusion épithéliale.

Le kyste était contenu *dans la paroi vaginale*, qui se dédoublait pour le loger, mais il siégeait plus près de la surface extérieure que de la muqueuse. Je l'ai enlevé sans l'ouvrir, avec un segment du vagin. L'exérèse a été complète, sans laisser de diverticules, car la pression exercée sur la poche après l'ablation n'a pas fait sourdre une seule goutte de liquide. Le pincement du vagin sur la partie culminante de la tumeur a fourni un point d'appui solide grâce auquel il a été facile d'inciser le vagin au pourtour de la saillie formée par le kyste et d'isoler celui-ci sans rester au contact de sa paroi, ce qui a de l'importance, comme on le verra dans un instant.

Après l'opération, le kyste a été ouvert, son contenu a été

recueilli : c'est un liquide marron, visqueux, de consistance mélicérique. Sa couleur est due à une petite hémorragie résultant des explorations et du nettoyage subis par la malade.

La pièce a été déposée dans l'alcool fort, incluse dans la paraffine et débitée *en coupes sériées*. Un certain nombre de ces coupes comprennent à la fois la muqueuse vaginale et la paroi du kyste.

Au microscope, il n'est pas impossible de reconnaître au kyste une capsule conjonctive propre. Sa paroi semble uniquement constituée par un épithélium cylindrique à une seule couche, sans membrane basale, recouvrant une surface à peu près régulière, mais avec quelques saillies papillaires en certains points.

Au-dessous de l'épithélium, se dispose une nappe de cellules conjonctives allongées ou rondes, dont les noyaux vivement colorés forment une ligne parallèle à celle de l'épithélium. Les cellules épithéliales sont régulièrement cylindriques, le noyau peu volumineux par rapport au corps cellulaire occupe généralement le pied des cellules. Il prend avec intensité les colorants nucléaires et l'on n'y distingue aucun détail. Le protoplasma est transparent et légèrement granuleux.

Une particularité intéressante de ce kyste consiste en ce qu'il possède des diverticules en doigts de gant. En examinant des coupes sériées, on voit l'épithélium tapisser d'abord une dépression de la paroi; plus bas, la dépression s'isole de la cavité kystique; elle apparaît sous forme d'un tube épithélial, sectionné transversalement et logé immédiatement au-dessous de la paroi cellulaire du kyste. En d'autres points, on voit des diverticules analogues, plus ou moins compliqués et plus profondément situés.... Les cou-

pes en série ne laissent aucun doute et prouvent qu'il s'agit de diverticules de la poche principale.

Je rapprocherai très volontiers ce fait de celui qu'a signalé Vassmer. Il s'agirait donc ici d'un kyste *du canal de Gartner*, avec dilatation des diverticules d'aspect glandulaire émis par ce canal, qu'on confond communément avec de vraies glandes vaginales. Ce diagnostic est fondé :

1° Sur la situation franchement et uniquement *latérale* du kyste;

2° Sur la situation haute, *au niveau du cul-de-sac*;

3° Sur le siège, *dans la paroi vaginale, loin de la muqueuse*;

4° Sur *la présence de diverticules* en doigts de gant, plus ou moins ramifiés, caractéristiques de la portion inférieure du canal de Gartner.

### Observation III

De Werner Kümmel, Arch. Virchow, t. CXIV, cas VI, *in* Poupinel. Revue de Chirurgie, 1889, p. 671

Kyste de la paroi postérieure du vagin, d'origine mullérienne.

Kyste extirpé par Hamburger, de Karlsruhe, le 1er mars 1887.

Femme de 27 ans, deux accouchements. Kyste reconnu, il y a cinq ans; siège sur la paroi postérieure du vagin, immédiatement au-dessous de l'extrémité antérieure de la colonne du vagin. La paroi vaginale est mince et blanchâtre en avant du kyste; en arrière, elle est épaisse et de coloration normale. Derrière le premier kyste, il en existait un second, plus petit, qui ne fut pas enlevé.

Le kyste examiné par Werner Kümmel est ovalaire, mesurant 28 × 15 millimètres. La muqueuse du vagin est

normale sur une moitié du kyste, ailleurs elle est irrégulièrement rugueuse. La paroi du kyste est nettement délimitée; elle paraît avoir une gaine propre et a un aspect quelque peu papillaire. La paroi est le plus souvent lisse, présente des replis en quelques points; on y voit aussi quelques petites plaques jaunâtres à bords irréguliers au niveau desquelles la surface paraît moins lisse et se dessèche facilement.

Sur la moitié gauche de la surface interne du kyste il existe des excroissances plus volumineuses, le plus souvent jaune-rougeâtre. A la coupe, la muqueuse vaginale est trouvée normale; puis de dehors en dedans on trouve le tissu conjonctif sous-muqueux dense, une couche musculaire, une couche conjonctive assez dense limitant quelquefois sans épithélium la cavité kystique, mais le plus souvent bordée par le revêtement épithélial variable du kyste.

Les cellules sont tantôt cylindriques, tantôt cylindriques hautes à cils vibratiles, tantôt elles reposent sur une couche de cellules de remplacement, tantôt elles sont pavimenteuses stratifiées ou non. La paroi est partout nettement papillaire, l'épithélium cylindrique suit les contours des papilles, l'épithélium pavimenteux, au contraire, comble les dépressions interpapillaires et les nivelle : ce dernier aspect correspond aux plaques jaunes signalées au cours de la description macroscopique. Les points jaune-rougeâtre doivent cet aspect à des hémorragies interstitielles.

En somme, rudiment de vagin, paroi propre, papillaire; musculature propre, épithélium variable dont les variations correspondent aux différentes phases par lesquelles peut passer l'épithélium du vagin pendant le développement de l'organe.

## Observation IV

Du Dr Guido Lerda, résumée par M. Gaullieur l'Hardy, *in* Gynécologie, 1906, p. 311

Kyste de la paroi vaginale antérieure d'origine mullérienne, développé aux dépens d'un bourgeonnement embryonnaire détaché de la face antérieure du *sinus genitalis*.

Fille de 19 ans. Antécédents héréditaires et personnels excellents. Réglée à 13 ans, depuis l'a toujours bien été comme périodicité et comme durée, mais souvent avec un peu de douleur. Depuis trois ans, a constaté l'existence d'une tumeur qui d'abord n'apparaissait à la vulve que lorsque la malade restait longtemps dans la station verticale, mais qui ensuite alla en augmentant de volume et finit par faire continuellement saillie hors de la vulve.

Pendant très longtemps, aucun autre signe subjectif qu'une sensation de pesanteur au périnée, quelques vagues douleurs sacrées, une leucorrhée très légère et un peu de douleur au cours des quelques rapports sexuels que la malade avoue avoir eus. Dans les derniers mois, apparition de céphalée, fatigue au moindre effort, sensation d'abattement, douleurs sacro-lombaires violentes, anorexie.

La malade, normalement développée, pâle, plutôt maigre; ne constate ni fièvre ni aucune lésion viscérale. A l'inspection de la région vulvaire, apparaît une tumeur plus grosse qu'un œuf qui fait saillie entre les grandes lèvres qu'elle écarte; elle est recouverte d'une muqueuse blanchâtre en continuité avec celle de la paroi vaginale antérieure et la palpation montre avec netteté que le contenu en est liquide, la tension faible et que les parois ont une épaisseur notable. L'hymen existe encore, mais flasque et déchiré. Au toucher, le cul-de-sac vaginal antérieur est

légèrement distendu, l'utérus un peu abaissé, de dimensions normales et en antéversion peu prononcée, présente un col de nullipare.

On peut réduire manuellement la tumeur sans modifier les renseignements fournis par le toucher, mais la moindre pression abdominale suffit à la faire reparaître.

L'urine est trouble, alcaline, de densité 1020; elle contient de l'albumine et même sans la centrifuger on y constate au microscope la présence d'abondantes cellules purulentes, de nombreux microcoques et bacilles.

Le microscope pas plus que les anamnestiques et l'examen somatique ne permettent d'affirmer ou de nier une infection gonococcique, de sorte que, pour l'instant, on ne peut que formuler des hypothèses sur la cause et la durée de la cystite.

Pour reconnaître s'il s'agit d'une cystocèle ou d'un kyste du vagin, on explore la vessie avec la sonde métallique qui ne pénètre pas dans la cavité de la tumeur; cependant, la vessie une fois vidée, si on réduit la tumeur dans le vagin en laissant le cathéter en place, on provoque l'issue d'une certaine quantité d'urine. On pourrait donc croire à un diverticule vésical à orifice très étroit si la pression abdominale ne continuait à faire saillir la tumeur hors de la vulve. On conclut donc à un kyste de la paroi vaginale antérieure qui, par sa traction continuelle sur le bas-fond de la vessie, est devenu cause de rétention et, par suite, de cystite chronique.

Pour l'intervention, l'utérus étant abaissé et la paroi vaginale antérieure distendue, on incise longitudinalement cette dernière et on dissèque la tumeur, la séparant d'abord du vagin, puis de la paroi vésicale sous le contrôle d'une sonde engagée dans la vessie. Au niveau du cul-de-sac antérieur, on s'aperçoit que la tumeur se prolonge encore en

haut sur la ligne médiane et on commence à la séparer, par la dissection, de la face antérieure de l'utérus; mais les adhérences devenant plus solides, le kyste se rompt,donnant issue à un liquide épais, filant, teinté en rouge brun. A l'exploration de la cavité, on voit qu'il s'agit d'un kyste situé sur la ligne médiane, s'étendant en haut jusqu'au voisinage du fond de l'utérus et sans communication avec d'autres organes.

On enlève alors la plus grande partie de la paroi kystique en laissant la portion supérieure, puis, après tamponnement méticuleux, on accole la paroi vaginale à la surface avivée et au reste de la paroi kystique après avoir placé une sonde à demeure dans la vessie.

Durant les premières semaines, il n'y a pas de fièvre et l'état général est satisfaisant. Le premier jour seulement, l'urine qui s'écoule par la sonde est teintée de sang qui disparaît bientôt et qui est dû vraisemblablement aux tiraillements exercés pendant l'opération sur la paroi vésicale déjà altérée par le kyste.

Au 24e jour, la température s'élève brusquement à 39° et la malade présente de la diarrhée profuse et un état de prostration manifeste, sans cependant accuser aucune souffrance. On pense d'abord à une fièvre d'origine intestinale, mais l'obnubilation des sens apparaît rapidement; le pouls devient faible et fréquent, la fièvre monte à 40° et affecte le type rémittent; l'urine est plutôt rare (800-1000 grammes) riche en albumine et en cellules du pus mélangées à quelques globules rouges.

La malade tombe dans le coma, et malgré des injections stimulantes et l'hypodermoclyse avec la solution physiologique, elle meurt le cinquième jour après le début de la fièvre.

A l'autopsie, on constate..... un gros rein unique en fer à

cheval, à concavité supérieure, situé un peu plus bas que la normale avec deux uretères et des bassinets un peu dilatés. A la section apparaît une pyélonéphrite purulente avec une grande quantité de petits abcès irradiant des calices jusque dans la substance corticale.

La muqueuse vésicale présente un état catarrhal avec quelques taches ardoisées de pigmentation hématique. Les ovaires, les trompes et l'utérus sont parfaitement sains. Le cul-de-sac vaginal antérieur empiète un peu sur la face antérieure de l'utérus, au niveau de laquelle persiste encore une plaie recouverte de granulations franches et large comme un écu, laquelle témoigne encore de l'intervention opératoire. Partout ailleurs, la cicatrice est normalement formée.

A l'examen, la portion de tumeur enlevée s'est montrée constituée par une paroi consistante de 3 millimètres environ d'épaisseur, dont la face interne est lisse et évidemment recouverte d'une muqueuse.

Après fixation de la pièce par l'alcool, inclusion dans la paraffine et coloration, l'*examen histologique* de plusieurs coupes montre que la paroi du kyste est presque uniforme en tous ses points. En quelques points de la face externe du kyste, on peut constater un mince réseau conjonctif; mais dans la plus grande partie de cette face, le bistouri a rencontré directement la couche musculaire lisse. Cette couche est constituée en majorité de faisceaux de fibres à direction transversale, coupées diversement, surtout au centre, par d'autres faisceaux à direction longitudinale ou oblique. Le stroma conjonctif de cette couche musculaire est rare et se continue vers la face interne avec le tissu conjonctif qui forme le chorion de la muqueuse, riche en fibres élastiques, en vaisseaux et en lacunes lymphatiques. Sur cette sous-muqueuse, parsemée çà et là de papilles peu considérables et peu nombreuses, s'appuie un épithélium

stratifié d'où partent de nombreuses invaginations glandulaires qui pénètrent profondément dans la sous-muqueuse, invaginations qui se rencontrent particulièrement dans la partie la plus élevée du kyste. L'épithélium stratifié de la paroi est constitué par une couche banale de cellules cylindriques avec un noyau fortement colorable situé vers la partie périphérique de la cellule; sur cette couche s'étagent d'autres couches, au nombre de six à douze formées de cellules polyédriques dont l'épaisseur va en diminuant vers la surface interne du kyste, non cependant au point de devenir un épithélium pavimenteux, et qui conservent toujours un noyau très colorable revêtu de protoplasma plus ou moins abondant, homogène et finement granuleux.

Dans les points où l'épithélium est le plus haut, on rencontre parfois dans son épaisseur des nodules dégénératifs constitués par un amas de cellules isolées du reste de l'épithélium, peu colorables, surtout dans les couches les plus internes et en état de régression évidente.

De cet épithélium stratifié se détachent brusquement des invaginations glandulaires à type acineux, souvent ramifiées, qui pénètrent profondément dans la sous-muqueuse; même, en un point qui correspond à la partie la plus élevée du kyste, la paroi est, sur une brève étendue, constituée par une véritable série d'invaginations glandulaires.

L'épithélium stratifié cède ici la place à une couche unique de grosses cellules cylindriques, avec un beau noyau vers le bord périphérique, cellules qui, sur leur bord libre, semblent souvent montrer des cils vibratiles.

En résumé, l'épithélium stratifié du kyste peut se comparer à celui qui recouvre la *portio vaginalis uterina*, auquel se substitue l'épithélium monostratifié et rempli d'invaginations glandulaires du canal cervical.

« Si l'on réfléchit, dit Lerda, que les canaux de Müller

aboutissant ensemble dans le *sinus genitalis* constituent l'utérus et le vagin, il semblera logique d'admettre que les kystes qui en dérivent doivent avoir généralement une disposition parallèle à l'axe vaginal, qu'ils peuvent dépasser le cul-de-sac vaginal et ressembler alors quelquefois non seulement au vagin, mais à la paroi utérine. Dans notre cas, le volume de la tumeur, sa profondeur et son indépendance du vagin, l'existence d'une paroi résistante avec une épaisse couche musculaire, d'une sous-muqueuse riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques et en fibres élastiques d'un épithélium pluristratifié, plaident évidemment en faveur de l'origine mullérienne... Mais dans ce kyste, il faut noter d'une façon particulière le siège antérieur et médian, son extension presque jusqu'au fond de l'utérus, l'existence de glandes très nombreuses et même celle d'un petit espace de paroi constitué par de l'épithélium très vraisemblablement vibratile, l'épaisseur de la tunique musculaire constituée surtout par des fibres circulaires. Tous ces faits éveillent l'hypothèse non pas tant d'une dépendance immédiate d'un canal de Müller que d'un bourgeonnement embryonnaire, lequel, se détachant de la face antérieure du *sinus genitalis* aux confins de ses deux portions utérine et vaginale, alla ensuite en s'étendant aussi bien en haut qu'en bas jusqu'à donner le kyste en question. Cette opinion est, pour ce qui me regarde, nouvelle dans la littérature, et sert à élucider un point non dépourvu d'importance de la morphologie et de l'histogénèse de ces formations mullériennes. »

## Observation V

De M. Fredet, *in* Bull. Soc. Anat. Paris, 1903, p. 646

Kyste postérieur du vagin dérivant probablement au cul-de-sac de Douglas embryonnaire

Chez une jeune femme de 19 ans, ce kyste a été découvert fortuitement, à l'occasion d'un examen génital, car il ne provoquait aucun trouble ou sensation anormale.

Au spéculum, on voyait la paroi postérieure du vagin soulevée, au voisinage du cul-de-sac, par une masse ovalaire, du volume d'une petite noix, à grand axe transversal, un peu plus étendue du côté droit que du côté gauche. La tumeur était translucide et légèrement rosée; en refoulant la paroi vaginale avec le spéculum, on augmentait sa tension. Elle subissait l'influence de l'effort abdominal, et en touchant seulement par le vagin, on n'aurait pu dire s'il s'agissait d'un kyste ou d'une hernie vaginale. Mais le toucher rectal permettait de dépasser la limite supérieure de la tumeur, et de définir une poche rénitente, placée entre le vagin et le rectum, au niveau du cul-de-sac postérieur et au-dessous.

Je me proposais d'enlever le kyste sans l'ouvrir, au moyen d'une incision transversale faite sur le cul-de-sac vaginal. Mais, comme il arrive parfois, la poche très mince et serrée de près, s'est rompue, au cours du décollement. Aussi, pour faire une exérèse complète, ai-je dû enlever avec la poche un segment ellipsoïdal du vagin, ce qui a d'ailleurs fourni une pièce avantageuse pour l'étude des rapports topographiques du kyste et de la paroi vaginale. La brèche vaginale a été réparée au catgut.

La tumeur s'est laissé facilement décoller de la face antérieure du rectum, sans ouvrir la cavité péritonéale. La

cavité kystique semblait présenter une corne à ses deux extrémités transversales, particulièrement du côté droit. Mais je tiens à répéter, une fois encore, que le kyste était bien postérieur, et non en situation latérale avec un prolongement postérieur.

Le liquide contenu dans la poche était absolument limpide, incolore, très fluide, nullement visqueux.

*Examen de la pièce* : La membrane kystique a été modérément tendue sur un liège, et fixée sans retard dans l'alcool à 90°. Je l'ai examinée à plat, ce qui était facile, en raison de son extrême minceur; et au moyen de coupes comprenant la paroi vaginale et la paroi kystique.

L'épithélium qui tapisse la poche est d'une grande fragilité. Malgré les précautions prises pour recueillir la pièce, il s'est desquamé en beaucoup de points, et on ne le rencontre que par îlots.

Sur la membrane à plat, on constate nettement l'existence d'un épithélium formé d'une seule couche de cellules polygonales. Les noyaux ronds, ovalaires, ou légèrement déformés par pression réciproque, occupent presque toute la cellule. Les uns sont légèrement teintés et l'on y reconnaît facilement un ou deux nucléoles avec de grosses granulations disposées à la périphérie; les autres se colorent plus vivement, leurs détails sont indistincts et l'on y retrouve avec peine quelques granulations très foncées. Le protoplasma cellulaire est transparent et se colore faiblement. Cependant, en faisant varier la mise au point, on arrive à déterminer la forme des cellules et à constater qu'elles sont étroitement accolées, et polyédriques par pression réciproque. En plusieurs endroits, une ligne blanche sépare les corps des cellules mitoyennes : elle résulte, sans doute, de la rétraction et de la séparation des cellules voisines, sous l'influence du réactif fixateur.

Les coupes transversales donnent des indications plus complètes, relativement à l'épithélium. En quelques points, les cellules juxtaposées se distinguent plus ou moins nettement les unes des autres et affectent la forme cubique, la plus grande partie de la cellule étant remplie par le noyau. Mais d'une façon générale, l'épithélium forme une couche homogène, parsemée de noyaux aplatis, disposés côte à côte, sans qu'il soit possible de distinguer de limites cellulaires.

Au-dessous de l'épithélium, existe une couche conjonctive, plus ou moins serrée, peu riche en noyaux, et qui forme la paroi propre du kyste, comme on peut s'en convaincre en examinant des coupes portant sur des parties où la membrane kystique est séparée de la paroi vaginale. Mais aux points où ce décollement n'a pas eu lieu, il n'est pas possible, au microscope, de dire exactement où finit le kyste et où commence le vagin.

Au-dessous de la paroi kystique, on reconnaît la paroi vaginale tout entière, avec ses fibres lisses, ses vaisseaux abondants, et plus superficiellement son derme papillaire et son épithélium pavimenteux stratifié, du type malpighien.

### Observation VI

De Lannelongue et Achard, *in* kystes congénitaux, p. 442-443

Kyste congénital du vagin, implanté à l'union de l'hymen et du vagin

Maret Eulalie, âgée d'un mois et trois jours.

Cette enfant porte à la vulve une petite tumeur qui fut remarquée deux ou trois jours après la naissance. C'était un petit corps blanc apparaissant entre les grandes lèvres lorsqu'on les séparait pour nettoyer l'enfant ; il avait

alors le volume d'un pois. Depuis, la tumeur va en grossissant et c'est pour cela qu'on nous la présente.

Elle offre actuellement le volume d'une petite prunelle et se montre à la vulve quand on écarte les grandes lèvres; elle apparaît alors avec l'aspect d'une grosse perle dont elle a l'éclat et la transparence. Elle est tendue et jouit d'une certaine mobilité. Sur le pourtour de la petite sphère se trouve la membrane hymen qui s'applique sur elle et la recouvre sur une surface d'un millimètre en moyenne. Avec un stylet, on isole parfaitement cette membrane en bas et latéralement et on reconnaît que l'hymen est seulement appliqué sur elle; de plus on suit bien le conduit vaginal de ce côté. En haut, l'hymen s'applique aussi sur la tumeur; mais en la soulevant avec le stylet, on reconnaît que cette membrane se continue avec elle au niveau de son implantation; les vaisseaux venant de l'hymen se continuent sur la partie supérieure de la tumeur où ils forment un fin réseau. En outre la petite tumeur s'implante en ce point sur le vagin, immédiatement en arrière de l'hymen. L'implantation a deux ou trois millimètres environ.

*Extirpation* : On introduit dans l'urèthre une petite sonde, et, après avoir saisi la tumeur avec un ténaculum, on l'attire au dehors. Puis on l'excise en veillant à ne pas blesser l'urèthre. Le liquide s'écoule alors : il est muqueux. Légère cautérisation au nitrate d'argent sur la surface du pédicule. Guérison prompte sans accidents.

### Observation VII

De M. Villar, *in* Journ. de méd. de Bordeaux, 1895

Kyste dermoïde du vagin

X... Marie, âgée de 17 ans, ne présente aucun antécédent pathologique, soit héréditaire, soit personnel. Ses père et

mère sont bien portants; son frère est très robuste; elle jouit elle-même d'une bonne santé.

Réglée à l'âge de 16 ans; règles d'abord irrégulières, reprennent ensuite leur cours normal.

Il y a deux ans environ, la malade a constaté l'existence, au niveau de la vulve, de quelque chose d'anormal : c'était une grosseur du volume d'une petite noix. A cette époque, la grosseur était réductible; mais elle augmente peu à peu de volume et bientôt la réduction dans le vagin devient difficile.

Gêne de la marche; envies fréquentes d'uriner le jour et la nuit.

Je vois la malade au mois d'août 1894, l'examen local nous fournit les renseignements que voici :

La malade couchée, les cuisses écartées, dans la position du spéculum, je constate, en dehors de la vulve, l'existence d'une tumeur du volume d'une mandarine. Cette tumeur, recouverte par la muqueuse vaginale, est molle et transparente; la base présente en un point une coloration bleuâtre. Introduisant le doigt dans le vagin, à travers l'orifice vulvaire dilaté par la tumeur, je reconnais que celle-ci s'implante sur la paroi vaginale antérieure par un pédicule assez large qui se termine loin en arrière près du col utérin, ou plutôt près de l'insertion du cul-de-sac. Le col est normal, c'est un col de vierge. Pas de rapports sexuels, au dire de la malade.

En dilatant un peu l'orifice vulvaire, je parviens facilement à faire rentrer la tumeur dans le vagin.

Comme troubles fonctionnels, je signale encore la gêne de la marche et les envies fréquentes d'uriner.

Le diagnostic, d'après ce que je viens de dire, se trouvait circonscrit entre une cystocèle et un kyste de la paroi antérieure du vagin.

J'introduisis alors une sonde dans la vessie, et je pus constater l'indépendance de cet organe de la tumeur vaginale; il s'agissait donc bien d'un kyste : c'était d'ailleurs notre opinion dès le début de l'examen.

Je résolus de pratiquer l'extirpation de la poche kystique, l'opération radicale étant, à mon sens, le procédé de choix. Mais la malade ne put s'y soumettre pour des raisons spéciales; aussi, pour éviter la rupture du kyste et pour faciliter la marche, me décidai-je à faire une ponction qui donna issue à un liquide incolore, très faiblement louche. Peu de temps après cette ponction, le liquide se reproduisit; la tumeur ne tarda pas à acquérir son volume primitif.

J'en pratiquai l'extirpation au mois de novembre. Pas d'anesthésie générale, anesthésie locale au moyen de chloréthyle. Une sonde en verre est introduite dans la vessie. Incision autour du point d'implantation du kyste; dissection de la poche qui adhère profondément. Suture au catgut de la muqueuse vaginale; tamponnement à la gaze iodoformée.

*Examen histologique* : Cet examen, pratiqué par M. Rivière, préparateur au laboratoire des cliniques, a donné les résultats suivants :

A un faible grossissement, la paroi interne montre une muqueuse dont la face profonde est tapissée par un épithélium muni de papilles extrêmement nettes, reposant sur un chorion muqueux riche en vaisseaux. Les papilles sont revêtues d'une couche de cellules cylindriques, à gros noyaux, présentant une membrane basale; ces cellules paraissent ensuite subir l'évolution ordinaire du corps muqueux de Malpighi et celles qui confinent directement à la cavité kystique sont devenues entièrement cornées; elles sont unies les unes aux autres par des filaments proto

plasmiques qui ne sont autre chose que ce qui a été décrit sous le nom de « pointes de Schultze ».

Au-dessous de ces éléments, les cellules losangiques sont parfois tout à fait vacuolaires; leur protoplasma semble avoir disparu, avoir subi la dégénérescence muqueuse, mais leur noyau, encore intact, répond au picro-carmin.

Le chorion muqueux, en contact avec ces couches épithéliales, est très riche en cellules au voisinage des papilles, ses éléments fondamentaux offrent les formes les plus diverses; l'aspect dominant est celui de noyaux fusiformes, et étoilées.

En certains endroits on retrouve des fibres musculaires du vagin.

Les nombreux vaisseaux qui existent dans la coupe sont tous béants, libres de sang et présentent des parois parfaitement distinctes.

La muqueuse vaginale est normale.

En résumé, il s'agit d'un kyste dermoïde.

*Analyse chimique du contenu.* — Cette analyse, je la dois à l'obligeance de mon collègue et ami M. Denigès.

Le liquide examiné est incolore et très faiblement louche. Sa densité est de 1,005.

Composition par litre :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Eléments organiques | Sérine | 2 gr. 95 | 5 gr. 95 |
| | Globuline | 0 gr. 30 | |
| | Matières extractives | 2 gr. 70 | |
| Matières minérales | Chlorures calculés en NaCl. | 8 gr. » | 8 gr. 15 |
| | Phosphates et carbonates | 0 gr. 15 | |
| Résidu sec à 105° | | | 14 g 10 |

### Observation VIII

De Bonnet et Petit, *in* Marion. Gaz. des hôp., 1902, p. 117

Kystes formés par inclusion opératoire

Dans le *Traité pratique de gynécologie* de Bonnet et Petit, sont figurés quatre kystes par inclusion développés à la suite d'une colporraphie par avivement; la muqueuse avait été abrasée aux ciseaux et non par dissection; en certains points, l'épithélium avait persisté au moins dans ses couches profondes; enfermé dans les tissus par la suture, il avait continué à se développer et avait donné naissance à ces kystes.

### Observation IX

De Ladreit de la Charrière, *in* thèse de Dresch

Kyste de la paroi postérieure du vagin

P..., 25 ans, cuisinière, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Boyer, suppléé par M. Verneuil; pas de maladies antérieures, leucorrhée, virginité probable. Une tumeur de la grosseur d'une noix, molle, arrondie, fait saillie à la vulve, surtout dans la station verticale de l'effort. La tumeur s'insère sur la paroi postérieure du vagin; insertion large et très longue, car commençant près du cul-de-sac postérieur, elle va jusqu'à un centimètre de l'orifice vulvaire. Le col utérin est ferme, petit, assez bas. La tumeur présente 6 centimètres dans son plus grand diamètre et deux et demi tranversalement. Coloration rosée, ses parois semblent d'une densité extrême, transparence évidente mais non constatée. Nulle part trace d'inflammation dans la muqueuse vaginale. Le doigt, introduit dans le

rectum, entre dans une ampoule d'autant plus considérable que l'on abaisse davantage la tumeur, il peut même ressortir par la vulve en faisant un crochet. Fluctuation évidente.

La malade s'est aperçue, il y a sept ans, de la tumeur qui s'est accrue insensiblement depuis cette époque. Gêne dans la station, sensibilité au moment des règles, pas de gêne dans la miction ou la défécation.

Opération par excision de la paroi inférieure. Liquide épanché clair, transparent. Cicatrisation à peu près complète dix-neuf jours après. La paroi kystique, crue si mince, est fort épaisse. En haut, trois millimètres, en bas un et demi. Formée par deux couches de tissu reliées fortement entre elles. A l'extérieur, c'est la muqueuse vaginale. La tunique interne presque aussi épaisse, présente en moyenne un millimètre, est rougeâtre et cohérente. Sa coupe rappelle la tunique moyenne des grosses artères, teinte en rouge par l'imbibition. La surface interne est sillonnée par un réseau vasculaire riche; à mailles fines. Cette vascularisation ne pénètre pas l'épaisseur de la poche qui offre au microscope une trame assez serrée, constituée par des fibres de tissu cellulaire et élastique, un lacis de vaisseaux et un bon nombre d'éléments fusiformes et de noyaux. Les branches les plus profondes renferment des faisceaux musculaires analogues à ceux de la paroi vaginale. Pas trace de revêtement épithélial. Ce caractère exclut le développement dans une glande.

L'hypothèse d'un *kyste séreux ou hygroma développé dans le tissu cellulaire lâche de la cloison recto-vaginale* paraît plus probable.

## Observation X

De Porak, *in* Archiv. de Tocol., 1884, p. 163

Kyste hydatique du vagin

Kyste du vagin découvert chez une femme à l'occasion d'un accouchement. La ponction ne fut pas faite, parce que Porak croyait à un thrombus.

Ce kyste s'est enflammé et a donné lieu à la formation d'un abcès. M. Anger en fait l'incision, qui laisse écouler du pus. La malade sort de l'hôpital après avoir été opérée et rentre avec un phlegmon de la grande lèvre. On fit de nouvelles incisions, qui donnèrent issue à une membrane avérée et constatée de *kyste hydatique*.

# CONCLUSIONS

I. La pathogénie des kystes du vagin n'est pas univoque. En négligeant les exceptions et les raretés, on peut les rattacher à l'une des trois origines suivantes : 1° *origine Wolffienne* pour le plus grand nombre (qu'ils dérivent du canal de Wolff, des diverticules pseudo-glandulaires du canal de Gartner, ou des canalicules du corps de Wolff); 2° *origine mullérienne ou mieux leuckartienne*; 3° *origine glandulaire* (glandes cervico-utérines aberrantes, glandes vulvo-vaginales et para-urétrales aberrantes).

II. Des autres théories émises, les unes sont fausses, les autres exceptionnelles et applicables à un très petit nombre de cas.

III. La paroi de ces kystes comprend deux couches : une couche externe conjonctivo musculaire, et une couche interne épithéliale (épithélium cylindrique, ou pavimenmenteux, ou mixte).

IV. L'étude clinique des kystes du vagin ne prête pas à discussion.

V. Le diagnostic doit se faire d'avec les tumeurs vaginales (uréthrocèle, cysto et rectocèle).

VI. Le traitement de choix est l'extirpation totale, suivie de la suture. Dans les cas difficiles, on pratiquera l'extirpation partielle.

---

Vu et approuvé :
Montpellier, le 27 Mars 1909.
*Le Doyen,*
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 27 Mars 1909.
*Pour le Recteur,*
*Le Vice-Président du Conseil de l'Université,*
S. DAUTHEVILLE.

# BIBLIOGRAPHIE

J. Abadie. — Kyste de la paroi postérieure du vagin. Bull. Soc. Anat. Paris. Mai 1903, p. 435.

Albertoletti. — Esportazione di cisti della vagina. Suppl. d'ost. e gin. alla Gazetta med. di Torino. Août 1894.

Amann. — Ueber cysten des Wolfschen Ganges. C. R. du Congrès intern. d'Obst. et Gyn. Genève. 1897.

Balacescu. — Pathogenese und Behandlung der Vaginal cysten. Ref. in Münch. Med. Woch. 1902, nº 48.

Baldy. — Vaginal cysten. Amer. J. of. Obst. 1890.

Barnes. — Kystes du vagin. Traité clinique des maladies des femmes, trad. franç., p. 470. 1876.

Bastelberger. — Kystes du vagin. Archiv. f. Gyn. XXIII, p. 427. 1884.

Baum. — Ein fall von drei Harnleitern. Archiv. f. Gyn. Bd. XLII.

Baumgarten. — Ueber vaginal cysten. Virchow's Archiv. 1887.

Beigel. — Die Krankeiten des weiblichen Geschlechtes. Stuttgard. 1875.

Beltz. — Kystes du vagin, in Centralblatt f. Medic. 1878; Union médic. du Nord-Est. 1880.

Bérard. — Kyste situé dans l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale. Gaz. méd. de Paris. 1835.

Berger. — Archives de Tocologie. 1884, t. II, p. 163.

Berger (P.). — Sur un cas de hernie vaginale ou élythrocèle. Journ. de méd. et de chir. prat. 1896, t. LXVII, p. 330.

Beule (de). — Un Kyste volumineux du vagin observé et opéré. J. de chir. et ann. Soc. belge de chir. Brux., 1907, 124-130, et J. méd. de Brux., 1907, 183-186.

Bonaudi. — Contributo alla casistica operativa delle cisti vaginali. Raccolta medica di Forli. 1892.

Bonnet et Petit. — Traité pratique de Gynécologie. Paris, 1894, p. 380-384, p. 619-620.

Bouilly.— Kystes du vagin. Pathologie ext. des quatre agrégés, t. IV.

Boursier. — Leçons de clinique chirurgicale, p. 237.

— Kyste du vagin. J. de méd. de Bordeaux. 1905, p. 625.

Bradfield. — Amer. J. of. med. science, p. 433, 1882.

Branca. — Précis d'histologie. 1906. Paris, p. 617-618.

Breisky. — Trois cas de kystes du vagin. Société médico-pharmaceutique de Berne. 1874.

Brodier. — Kystes congénitaux du vagin. Congrès de Gynéc., in Semaine Méd. 1896.

Budin. — In Traité des accouchements de Tarnier et Budin.

Burke. — Kystes du vagin. Australian, Med. Journ. VII. 1880.

Casati. — Una forma rara di cisti vaginale. Riv. di ost. e gin. Torino. 1890.

Castaing et Dieulafé. — Arch. prov. de chir. 1902, p. 23.

Cathelin. — Kystes du vagin à insertion pédiculaire apparente entre la grande et la petite lèvre. Bull. Soc. Anat., Paris, 1900.

Cazin. — Anatomie pathologique et pathogénie des kystes du vagin. France méd. 1896, t. XLIII, p. 129.

Chalot. — Kystes Wolffiens et Mullériens. Nouv. archiv. d'obst. et de gyn. 1892.

Chiarabba. — Contributo allo studio delle cisti vaginali. Gior. di Ginec. e Pediat. 1904.

— Sullo sviluppo delle cisti vaginali. Giorn. di ginec. e di pediat. Torino, 1906, p. 308.

Chincini. — Cisti della vagina. Ann. d'Ost. 1889.

Chomitzki. — Zur Frage der Herkunft von Cysten in der Scheide. Cent. f. chir. 1895, p. 804.

Christiaen. — Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes du vagin. Lille, 1906, n° 11.

Collardot. — Thèse Paris, 1881.

Coblenz. — Virchow's Archiv. f. Anat. path., t. XXXIV, 26.

Combe. — Kystes du vagin. Thèse. Paris, 1889.

Con. — Double congenital cysts of the vagina. Revista di chirurgie, p. 416, 1903.

Conitzer. — Fall von beiderseitigen Verdoppelung des Ureterem. Zeitschr. f. gyn. 1895.

Cordaro. — Contributo all'istogenesi delle cisti della vagina. Rassegna di ost. e gin. 1903, p. 705.

Courty (A.). — Traité pratique des maladies de l'utérus, 1881, p. 1383.

Couvelaire (A.). — Kyste du vagin observé et traité pendant la puerpéralité. Ann. de gyn. et d'obst. Mars 1903, p. 166.

Cova. — Contributo alla casistica delle cisti vaginali. La Ginecologia. 1904, p. 4.

Cristalli. — Contributo allo studio delle cisti vaginali. Congresso d. Soc. ital. di Ost. e Gin. Octobre 1905.

Cullen. — Vaginal cysts. Tr. Am. Gynec. Soc. Phila. 1904, p. 459-483.

— Les kystes du vagin. Bull. of. the Johns Hopkins Hospitals. Juin, vol. XVI, 1905.

Cullingworth. — Kystes du vagin. Obst. Journ. of. Great Brit. VII, p. 440.

Curatulo. — A proposito d'un caso di cisti della vagina. Il Morgagni, 1889.

Davidsohn. — Archiv. fur Gyn. 1900, t. LXI, p. 418. Zur Kenntniss der Scheidendrusen und der aus ihnen hervorgehenden kysten.

Debierre. — Sur les canaux de Gartner. Comptes rendus de la Soc. de Biol. 1884. 22 mai.

Dohrn. — Archiv. f. Gyn. 1883.

Douche. — Kystes du vagin. Thèse. Lille, 1894-1895. n° 95.

Dresch. — Thèse. Paris, 1872.

Eustache. — Mémoire sur les kystes du vagin. Archives de tocologie. 1878, p. 191-257. Kystes du vagin. Manuel des maladies des femmes. 1881.

Falkner. — Beiträge zur Lehre von der Vaginalcysten. Zeitschr. f. Geb. und. Gyn. 1903.

Ferraresi. — Rassegna di ost. e gin. 1896, p. 756.

Feurtet. — Kystes du vagin. Thèse. Paris, 1901.

Fischel. — Ueber das Vorkommen von Resten des Wolfschen Ganges in der vaginalportion. Archiv. f. gyn., 1884; Casuisticher Beiträg von Lehre von den Scheidencysten. Arch. f. gyn. 1888.

Flesch. — Vaginalcyst. biloc. Wien. Med. Woch. 1903. 29.

François-Dainville. — Kystes multiples de la paroi postérieure du vagin. Bull. Soc. Anat. Paris. Juin 1903, p. 528.

Francoz. — Kystes volumineux du vagin pendant la grossesse. La Gynécologie. Juin 1903. En collaboration avec Verlhiac.

Frattin. — Contributo allo studio delle cisti della vagina. Clin. chir. Milano, 1905, 911-916.

Frauchomme. — Kystes du vagin. Arch. de Tocol. 1895.

Fredet (P.). — Kyste postérieur du vagin dérivant probablement du cul-de-sac de Douglas embryonnaire. Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris, octobre 1903, p. 645-665.

— Kyste latéral du vagin, d'origine wolffienne. Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris, octobre 1903, p. 721-723.

— Etude anatomique sur l'origine des kystes du vagin. In Ann. de Gyn. Mars 1904, p. 129. (On y trouvera de nombreuses indications bibliographiques concernant le développement des organes génito-urinaires.)

— La topographie du segment terminal du canal de Wolff chez l'embryon humain. Bull. Société Anat. 1904, p. 217.

Freund. — Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd 1, S. 242.

Froment. — Etude sur les kystes du vagin. Thèse. Paris, 1879.

Furst. — Archiv. f. Gyn. 1886, p. 110.

Gartner. — Anatomiske Beskrivelse over et rednogbe Dyr. Arters uterus udersogt glandulost organ. Kopenhagen. 1828.

Gaullieur-Hardy. — Les kystes du vagin. Gynécologie. Paris. 1906, p. 311-330. (On y trouvera une bibliographie très complète.)

Gebhard. — Handbuchder Pathologische Anat. f. weiblichen Sexualry, p. 53; Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1900. Bd. LII, p. 398.

Geyl. — Zur Ætiologie der vaginal cysten. Cent. f. Gyn. 1894, p. 1091.

Gowland. — A case of vaginal cysts. Lancet. Lond. 1906, p. 672.

Grafe. — Zehn Falle von vaginal cysten. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1882. Bd. VIII, nº 2; Kystes du vagin. — Ibidem, 1884, VIII, p. 460.

Gosselin. — Gaz. des Hôp. 1878, p. 1089.

Gotthardt. — Wiener med. Woch. 1869.

Haller. — Elementa physiologiæ corporis humani, 1765.

Hausmann. — Ueber die erste Beobachtung von Cysten der Scheide. Arch. f. Gyn. 1875. VIII, p. 533.

Hellier. — Suppurating vaginal cysts. Brit. M. J. London, 1907, p. 76.

Henning. — Oakley. On the follicular origin of the vaginal tumours. Edimbourg, Med. Journ. 1831, p. 82.

— Arch. f. Gyn. 1877. XXII, p. 488.

Henrotay. — Kyste vaginal. Bull. Soc. Belge de Gynéc. et d'Obst. Bruxelles. 1904, p. 836.

Heydereich. — Zur Diagnose der cystischen Tumoren der Hinteren Vaginalwand. Centr. f. Gyn. 1891, nº 21.

Heymann. — Ein fall von vereiterter vaginalcyste bei einem zwölfjährigen Mädchen. Zentralbl. f. Gynäk. Leipz. 1907, p. 147-151,

Högström. — Zwei fälle von cysten der Vagina. Virchow's Arch. f. path. Anat. Berlin, 1906-1907, p. 47-58.

Hörder. — Ueber eine grosse vaginalcyste. Arch. f. Gyn. 1876, p. 324.

Huguier. — Mémoire sur les kystes de la matrice et sur les kystes folliculaires du vagin. Mém. Soc. de Chir. Paris, 1847, t. II, p. 241.

Ito. — Ueber Fibrome, Cystofibrome und Adenome der Scheide. Halle, 1897.

Jacob. — Des kystes vasculaires du vagin. Archiv. de physiol. normal. et path. 1888, 4me série, t. II, p. 261.

Jobert de Lamballe. — Gazette des Hôpitaux, 12 août 1862, p. 373. Kyste profond du vagin.

Jones. — A case of vaginal cyst. Med. Press. et Circ. London. 1906, p. 199.

— A case of double vaginal cyst. Lancet. London, 1906, p. 513.

Johnston. — A contribution to the study of cysts of the vagina. Amer. J. of. obst. 1887, XX, p. 1144;

— A contribution to the study of cysts of vagina, with the report of a case, *ibid.* 1888, p. 1241.

Jakesch. — Prag. med. Woch., II, 13-14.

Kaltenbach. — Zusammen gesetze cyste der Scheide. Arch. f. Gyn. 1873. t. V, p. 138.

Kiwisch. — Klinische Vorträge, 1852, p. 302.

Klebs. — Handbuch der Anat. path. 1876, Bd I, p. 964.

Kleinwachter. — Ein beitrag zu den vaginalcysten. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1889.

Klob. — Pathologische Anatomie der Weiblichen Sexualorganen. 1844, p. 430.

Kocks. — Arch. f. Gyn. 1883, p. 487.

Kolaczegh. — Arch. f. Klin. chir. 1875.

Werner-Kümmel. — Arch. Virchow, t. CXIV, p. 407. Ueber cystiche Bildungen in der Vagina.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie, 1904, 3e éd., p. 825-831.

Ladreit de la Charrière. — Kystes du vagin. Arch. gén. de Médecine. 1858, t. VI, p. 258.

Lambret. — Soc. de Méd. de Lille. 1902.

Lannelongue et Achard. — Traité des kystes congénitaux. Paris. 1886, p. 442. Kyste congénital du vagin.

Layton. — New-Orléans med.-surg. Journ. 1879, p. 101.

Lebedeff. — Beiträge zur Lehre ueber vaginal cysten. Zeitsch. f. Gev. u. Gyn. 1881 ou 1882, Bd VII, p. 324; Ueber die Gascysten der Scheide. Arch. f. Gyn. 1881. Bd XVIII.

Le Dentu. — Gaz. des Hôp. 1880, p. 812.

Lee. — Amer. J. of. obst. 1878, XI, p. 116.

Leisewitz.— Reste des Wolff-Gartnerschen Gangy in paravaginalen Bindegewebe. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1904., Bd LIII, H, 2.

Lerda (G.). — Sopra un notevole caso di cisti della vagina. Gazz. di osp. Milano, 1906, p. 761-764.

Lisfranc. — Kystes du vagin. Gaz. méd. Paris, 1834, nº 52.

Mac Lean. — Amer. J. of. Obst. 1887, p. 415.

Magnin. — Journ. de méd. et de chir. prat. 1883, p. 164.

Mandack. — Virchow's Archiv. 1899. Bd CLVI.

Mangiagalli. — Trattato d'ost. et gin., vol. III, p. 82.

Marchesi. — Ann. ital. de gyn. 1900.

Marion (G.). — Les kystes du vagin. Revue générale in Gaz. des Hôp., 1902, 1er février, p. 117-122.

Marocco. — Rend. del. Soc. it. di chirurg. Napoli, mars 1888.

Meyer. — Ueber Drusen der vagina. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1901. Bd XLVI.

Michaux (P.). — Kystes du vagin, in Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, 1899, 2e éd., tome VIII, p. 55.

Morgagni. — Adversaria, IV, C. 45.

Moraller. — Cystadenofibroma vagina bei bestchendem Uterusfibrom. Verhandl. d. deut. Gesellsch. f. Gynäk. 1907. Leipz. 1908.

Moynihan. — Dermoïd cyst in Gartnen duct and dermoïd cyst. in the sigmoïd mesocolon. Lancet. 1898, t. I, p. 30.

Müller. — Vaginalcysten Gebrost. u. Gyn. Gesellch. in München. avril 1899.

Muscatello. — Delle formazione cisticha da residui dei dotti di Wolff. Rivista veneta delle Scienze mediche, 1882.

Nagel. — Centralbl. f. Gyn. 1894, p. 1038.

Neugebauer. — 36 eigene Beobachtungen von Vaginalcysten. Monatsch. f. Geb. u. Gyn. 1896. Bd IV; cinquante observations personnelles de kystes du vagin. Revue de Gyn. et de chir. abdom. II, p. 389.

Nouvel. — Pathogénie des kystes du vagin. Thèse de Bordeaux. 1894-95, nº 90.

Otto. — Meisoner Frauen Krankheiten. Leipzig, 1842, t. I, p. 406.

Pagès. — Contribution à l'étude de la Pathogénie des kystes du vagin. Thèse. Paris, 1902.

Pauls. — Preussiche Med. Zeit., 1861, p. 18.

Péraire. — Kyste congénital du vagin, d'origine wolffienne. Bull. Soc. Anat. Paris, 1904, p. 460-461.

Peri. — Contributo alla casistica delle cisti della vagina. Sperimentale. 1894, 11-12.

Pestalozza. — Delle cisti della vagina. Revista clinica di Bologna. 1887; Un caso di ematocolpos. Considerazioni sull' épitelio cilindrico nelle atresie e nelle cisti della vagina. Revista d'Ost. e Gyn. 1891, p. 289.

Peters. — Monatsch. f. Geb. t. XXXIV, p. 145.

Petit. — Kystes du vagin. Dict. encycl. des sciences méd., p. 279.

Pichevin et Weber. — Semaine gynécologique. 1898.

Pichevin (R.). — Les kystes du vagin, in Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet, 1901, p. 577-580.

Pick (L.). — Die adenomyome der Leistengegend und des hinteren Scheidengewölbes, ihre Stellung zu den paroophalen Adenomyomen der Uterus und Tubenwandung, v. Recklinghausen's. Archiv. f. Gyn. Berlin. 1899, p. 461-509, t. LXII.

Picqué. — Kystes du vagin. Encyclop. intern. de chir., VII, 1888;

— Kystes du vagin probablement d'origine wolffienne. Bull. Soc. Chir. Paris, 1898, p. 750.

Pierce. — A rare form of vaginal cyst. The Americ J. of. obst. octobre 1904, p. 507.

Piering. — Zur casuistick der Gascysten der Scheide. Zeitsch. von Heilk. Prague. 1888, p. 268.

Pilliet. — Les débris du corps de Wolff et leur rôle dans la pathogénie des tumeurs. Bull. Soc. Anatom. Paris. 1889, p. 41.

Pinard. — Dystocie par kyste du vagin. Clinique inédite de 1901.

Pincus. — Zur symptomatologie und Genen der vaginal-cysten. Centralb. f. Gyn. Leipz. 1900, p. 526.

Pollak. — Die Scheidencysten in ihrer Bezichung zum Gartnerschen Gangè. Zeitschr. f. geb. u. Gyn. 1904.

Porak. — Archives de tocologie. 1884, p. 163.

Poso. — Cisti Wolffiane della vagina.

Poupinel. — Tumeur polykystique à cellules cylindriques du cul-de-sac vaginal postérieur. Bull. Soc. Anat. Paris, 1888, p. 224.

— Les kystes du vagin. Revue de chirurgie. Paris. 1889, p. 553-573, p. 657-676.

Pozzi (S.). — Proeédé pour favoriser la dissection et l'ablation dè certains kystes à contenu liquide ou semi-liquide. Bull. de la Soc. de chir. 1878. p. 715.

— Traité de gynécologie. Paris, 1907, 4e éd., p. 1154-1163.

Preuschen. — Kystes du vagin. Cent. f. Medecine. 1871, p. 773; Ueber Cystenbildung in der vagina. Virchow's. Archiv. 1877, p. 3; *idem. ibidem.* 1887, p. 3.

Puech. — Kyste du vagin compliquant l'accouchement. Montp. Méd. 1892, 9 janvier. Archives de tocol., mars 1892.

Quénu. — Cas inédit cité par Poupinel. 1889.

Reboul. — Deux kystes profonds du vagin développés aux dépens des canaux de Gartner. Ann. d'obst. et gyn. 1889, p. 126.

Rendu. — Un cas de kyste du vagin. Lyon méd., 1894.

Richelot. — Kyste du vagin. Bull. Soc. chirurg. Paris. 1888, p. 589.

Rieder. — Virchow's Archiv. 1884, p. 100; ueber die gartnerschen Gange beim Weibe. *Ibid.* 1896.

Rieffel (H.). — In Traité d'Anatomie humaine de Poirier et Charpy, tome V, 1901, p. 541-544.

Robert (H.). — Contribution à l'étude des kystes du vagin (kystes de la paroi postérieure). Th. Paris, 1899-1900, nº 94.

Roche. — Kystes de la région clitoridienne. J. de Méd. de Bordeaux. 1904, p. 908.

Rokitansky. — Traité d'Anatomie pathologique 1844.

Roncaglia. — Delle cisti dell' uretra e dei canali uretrali della donna. Ann. di Ost. e Gin. 1895.

Rost. — Ueber vaginalcysten. Inaug. Diss. Kiel, 1902.

Routh. — On cases of associated parovarien and vaginal cysts from a distended Gartner's duct. London obst., 1894.

Rouville (de) et Reynès. — Kyste de la paroi antérieure du vagin. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de pédiat. Paris, 1908, p. 100-102.

Rouville (de). — Kystes du vagin. Leçon clinique, in Montpel. Médic. 3 mai 1908, tome XXV, nº 17.

Ruge. — Zeitsch. f. Geb. und. Gyn. 1878.

Santi. — A proposito della genesi delle cisti della vagina. Ginecologia. Firenze, 1905, p. 731-735.

Samson. — Kyste du vagin. Gazette médicale de Paris, 22 avril 1835.

Santoni. — Contribution à l'étude des kystes du vagin. Thèse. Paris. 1889.

Schramm. — Berliner Klinische Woch. 1878; Centralb. f. Gyn. 1883, p. 165.

Schrœder. — Maladies des organes génitaux de la femme. Trad. franç., p. 508.

Siedentoff. — Vaginalcysten. Magdebourg. Soc. Med. 1902.

Sinéty (de). — Kystes du vagin. Gynécologie et maladie des femmes. 1884.

Stoiescu. — Chist. al vaginului. Spitalul. 1900, p. 467.

Stokes. — Ætiologie und Structur des Scheidencysten. John Hopkin's Hosp. rep. 1898.

Tailhefer. — Kystes du vagin. Gaz. Hebd. 1897.

Takahasi. — Untersuchungen ueber die Entsteckung des cysten der Scheide. Deut. med. Woch. Leipzig, 1888, p. 453; Virchow's Archiv. 1888, Bd 114.

Tarnier et Budin. — Traité des accouchements.

Testut et Jacob. — Anatomie topographique, 1906, t. II, p. 485.

Thalinger. — Kystes du vagin, particulièrement de la paroi antérieure. Thèse. Paris, 1884-1885, nº 269.

Thorn (W.). — Zur Ætiologie der Vaginal cysten. Centr. f. Gyn. 1889, nº 38, p. 657.

Tillaux. — Des kystes du vagin. Gazette des Hôpitaux. 1885, nº 64, p. 505.

Tourneux (F.). — Atlas d'embryologie. Développement des organes génito-urinaires chez l'homme. Lille. 1892.

— Précis d'embryologie humaine. Paris. 1898, p. 242, 244-248, 284-285.

— Précis d'histologie humaine. Paris, 1903, p. 913.

Treub. — Tumeurs du vagin, in la Pratique des accouchements de Bar, Brindeau et Chambrelent. Paris, 1907, tome II, p. 303.

Vaccari. — Sopra le cisti della vagina, contributo alla loro istopatogen. ed eziologia. Ann. di ost. Milano, 1905. p. 163-189.

Varaldo. — Contributo allo studio delle cisti vaginali. Arch. ital. di ginec. Napoli. 1906, p. 49-60.

Vassmer. — Arch. f. gyn. 1897, p. 335.

Veit. — Kystes du vagin, in Frauenkrankeiten, 1867, p. 544; ueber einem Fall von sehr grosser Scheidencyste. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1882, Bd XIII, t. VIII, p. 471; Handbuch der Gynecologie, 1897, Bd I, p. 335.

Viault. — Thèse d'agrégation. 1880.

Villar. — Journ. de méd. de Bordeaux, 7 avril 1895, p. 162. Kystes dermoïdes de la paroi antérieure du vagin.

Villebrun. — Kystes de la paroi antérieure du vagin, 1889. Thèse de Montpellier.

Vitanza. — Asportazione di grosse cisti vaginali durante la gravidanza e loro patogenezi. Arch. di Gynec. 1899, p. 1843.

Voituriez. — Des kystes du vagin; pathogénie et traitement. J. d. sc. méd. de Lille, 1905. p. 79.

Walther. — Bull. Soc. Anat. 1890. Kyste des conduits de Gartner.

Watts. — Cyst. of anterior vagina wall developped on Gartner's duct. Amer. Journ. of. obs. 1881, p. 848. — Thèse Paris, 1898.

Weber. — Contribution à l'étude des kystes vulvaires. Thèse Paris, 1898.

Winckel (F.). — Ueber die cysten der Scheide, insbesondere eine bei Schwangeren workommende colpohyperplasia cystica. Arch. f. Gyn. 1871, t. II, p. 383.

Zeligson. — Kystes du vagin. Thèse Paris, 1894-1895, p. 397.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*